

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.  
Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.  
La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.  
L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.  
En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Diagnostique et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.  
Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.  
Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.  
La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.  
La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



no = 24756

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014221

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1032 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHADILI SAADIA Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
18.12.19	C522		300 dh	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MIMOS Hind YAKIMIP Docteur en Pharmacie 400, Route de El Jadida CASABLANCA Tél: 022.98.24.76	19/12/19	339,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

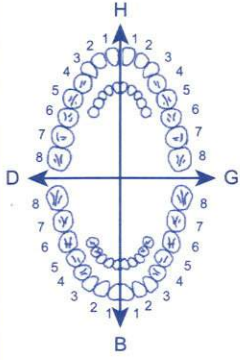
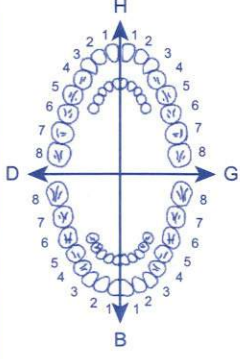
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Lab d'Orthoptie - d'Electrophysiologie IDA Siham Ep. Dekkak d. ZOUHRA - CASABLANCA 06 61 59 22 77 - 05 21 22 91 10	26.12.19		CV			500 DH

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BOUKHRISSA Mounia**

**Ophtalmologiste**

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Paris

Chirurgie de cataracte • Maladies rétinienne  
Strabisme • Laser • Echographie • Angiographie  
Lentilles de contact



**الدكتورة بوخريصا مونية**

**طبيبة العيون**

خريجة كلية الطب  
بباريس

جراحة الجلالة • أمراض الشبكية  
الحول • الليزر • تصوير الشبكية  
العدسات اللاصقة

le jeudi 19 décembre 2019

**Madame Saadia CHADILI**

DANS LES DEUX YEUX

lx 84.90

- Cartéol LP 2% : , à renouveler  
1 goutte le MATIN PENDANT 6 MOIS



Pharmacie MINOSAS  
Hind LAKEHMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route El Jadida  
CASA BLANCA  
Tél: 022.33.24.76

T: 339,60

Dr BOUKHRISSA Mounia  
Ophtalmologiste  
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE  
25, Route des Facultés Lot Gnymer Oasis  
Casablanca Tél. 05 22 23 49 89

**CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE مصحة النور للعيون**

Clinique Nour d'Ophtalmologie 25, Route des Facultés,  
Oasis, Lot Gnymer - Casablanca Téléphone: 05 22 23 49 89 LG  
Fax: 05 22 23 49 87 - GSM: 06 82 90 23 86  
E-mail: boukhrissamounia@yahoo.fr

مصحة النور للعيون : 25 ، طريق الجامعات ،  
الوازيين، تجزئة كنيمر - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 49 89 LG  
الفاكس : 05 22 23 49 87 - المحمول : 06 82 90 23 86  
البريد الإلكتروني : boukhrissamounia@yahoo.fr



AMM N° 61/13 DMIP/21/MRO

PPV 84 90 DHS

ZENITH PHARMA

CARTEO L.P. 2%

Collyre 3ml

EXP. DATE 04-2019

LOT/PH

H4628

84.90

AMM N° 61/13 DMIP/21/MRO

PPV 84 90 DHS

ZENITH PHARMA

CARTEO L.P. 2%

Collyre 3ml

EXP. DATE 04-2019

LOT/

H4628

84.90

AMM N° 61/13 DMIP/21/MRO

PPV 84 90 DHS

ZENITH PHARMA

CARTEO L.P. 2%

Collyre 3ml

EXP. DATE 04-2019

LOT/ H4628

FAB/04/2019

84.90

AMM N° 61/13 DMIP/21/MRO

PPV 84 90 DHS

ZENITH PHARMA

CARTEO L.P. 2%

Collyre 3ml

EXP. DATE 04-2019

LOT/ H4628

FAB/04/2019

84.90



**HIDA SIHAM**  
**Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie**

Casablanca le 26-12-2019

**M<sup>me</sup> CHADILI Saadia**

**Facture pour :**

Désignation	Montant
Champ visuel	500,00DH
Arrêté la présente à la somme de :	500,00DH
Cinq cent dirhams	

*Cabinet d'Orthoptie-d'Electrophysiologie*  
*HIDA SIHAM Ep. Dekkak*  
*41, Bd Zerktouni - CASABLANCA*  
*Tel : 0522 22 91 10 - Fax : 05 22 42 51 10*

41 Bd Zerktouni-Res lisstikrar 4ème étage (à côté Marché des Fleurs)-Casablanca  
Tel : 0522 22 91 10-E-mail : [hidasiham9@gmail.com](mailto:hidasiham9@gmail.com)  
Patente : N°34100946-IF : N° 41700946-ICE001923820000069



# مصحة النور للعيون

CHAMPS VISUEL HYMPHREY 24-2

Dr. Mohamed Elmane  
Ophtalmologiste  
25, Rte. des Facultés WL  
Lot Gnymer Ouel  
Casablanca

Cabinet d'Orthopédie - d'Electrophysiologie  
HIDA Siham Ep. Dekkak  
41, Bd. Zerkotti - CASABLANCA  
GSM : 06 61 53 20 77 - Tél : 05 22 33 24 10



INPE 090060914

25، طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)  
نجزية كتيمر-الوازيس - الدار البيضاء  
الهاتف : LG 05 22 23 49 89 - الفاكس : 05 22 23 49 87  
البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روم م ص : 090060914  
الباتنتا : 36350533 - ت ج : 40143077 - ص و ض ج : 8282733  
م.م.ش : 001685652000087

Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille:

Date: 26-12-2019

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 12:41 PM

Pertes de fixation: 0/14

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

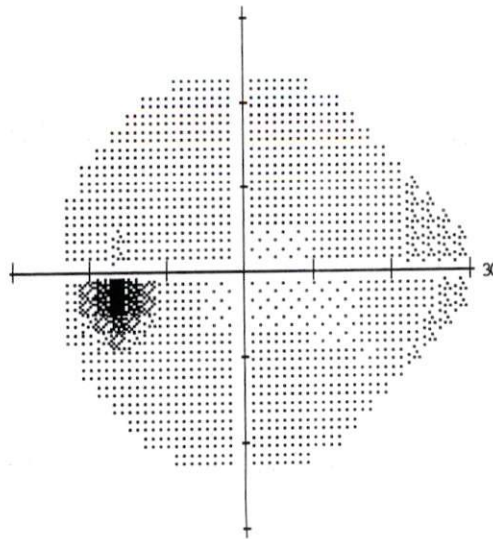
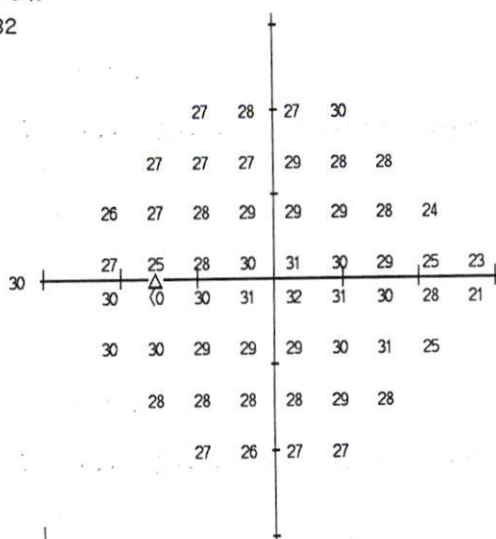
Age: 68

Erreurs faux pos.: 2 %

Erreurs faux nég.: 0 %

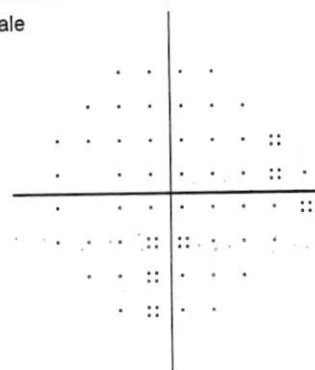
Durée du test: 05:32

Fovea: 34 dB



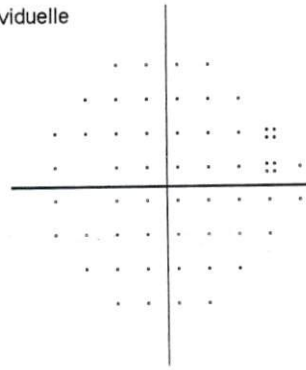
1	2	1	4
0	-1	-1	0
-2	-2	-1	-1
-1	-2	-1	-1
1	-1	-1	0
1	0	-1	-3
-1	-2	-3	-2
-2	-3	-2	-1

Déviati  
totale



1	1	1	3
0	-1	-1	0
-2	-2	-2	-2
-2	-3	-1	-1
1	-1	-2	0
0	0	-2	-3
-2	-2	-3	-3
-2	-4	-2	-1

Déviati  
Individuelle



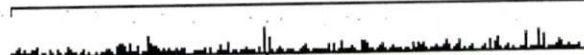
∴ < 5%  
⊗ < 2%  
⊗ < 1%  
■ < 0.5%

THG

Dans les limites normales

MD -1.34 dB

PSD 1.33 dB



Contrôle de fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille:

Date: 26-12-2019

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 12:14 PM

Pertes de fixation: 1/15

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

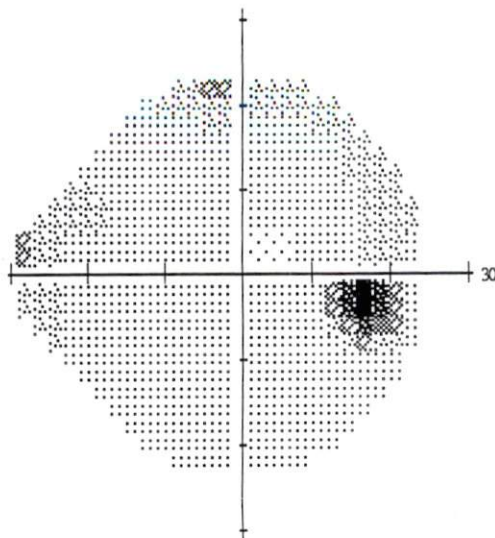
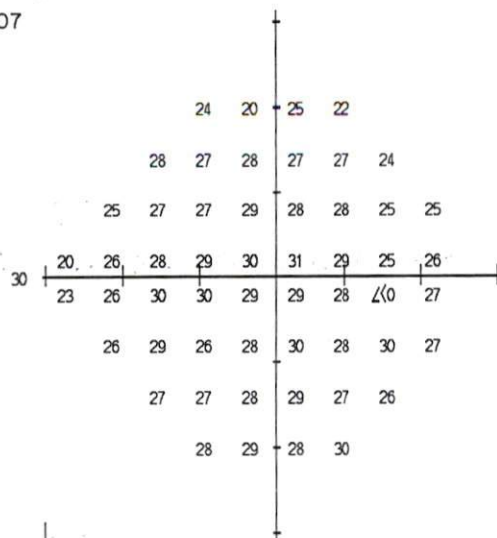
Age: 68

Erreurs faux pos.: 2 %

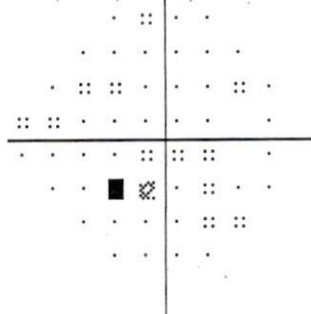
Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 06:07

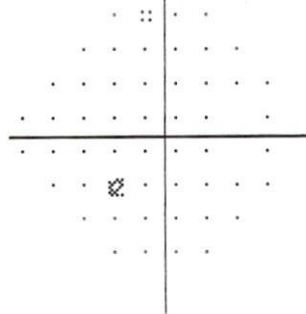
Fovea: 35 dB



-2	-6	-1	-4
0	-1	-1	-2
-3	-3	-3	-2
-6	-3	-2	-2
-3	-3	-1	-1
-3	-1	-5	-3
-2	-3	-2	-1
-1	0	-1	1

Déviation  
totale

-1	-5	0	-3
1	0	0	-1
-2	-2	-2	-1
-5	-2	-1	-1
-2	-2	0	0
-2	-1	-4	-2
-1	-2	-1	0
0	1	0	2

Déviation  
Individuelle

THG

Dans les limites normales

MD -2.27 dB P &lt; 5%

PSD 1.31 dB

:: < 5%  
 ☒ < 2%  
 ☒ < 1%  
 ■ < 0.5%

