

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044427

ND. 29528

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 882 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ABED AZZ

Date de naissance : 21-07-50

Adresse : 25, Rue Aboukacem ALQOTBARI / Casa

Tél. : 0661.210090 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/05/2020

Nom et prénom du malade : SEWHAJI HAFIDA Age :

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

Nature de la maladie : Ansa Pté tén. ophtalmologique

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 : Casa Blanca Le : 28/05/2020


Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*



# 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

28				
05				
22/02				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture


# 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

A M      P C      I M      I V


# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

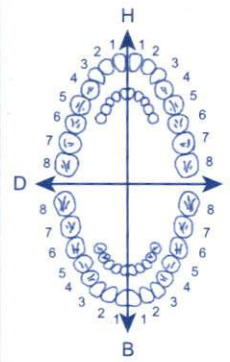
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées      Nature des Soins      Coefficient

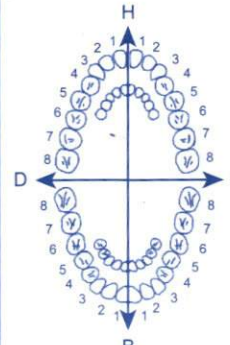
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 G 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19-0035220

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 16 / 06 / 2020

Nom et prénom du malade : SEN HAJI HAFIDA Age: .....

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

Nature de la maladie : cancer tumeur ophtalmologique

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 : Casa Blanca

Le : 16 / 06 / 2020


Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
16 JUN 2020	C516		30004	
17 JUN 2020				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17-06-2020	390,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

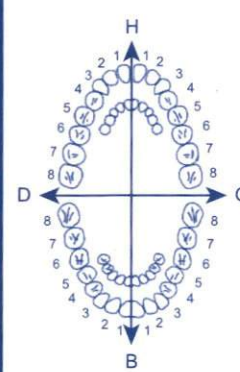
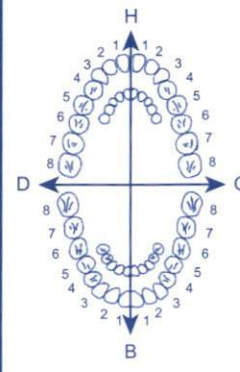
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	17-06-2020		CV			5000,41

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

DR. ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca  
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte  
Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie réfractive  
Contactologie  
Maladies rétinienne  
Angiographie numérisée  
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرت فرنسا

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكية العين

اللازر - فحص القرنية

16 juin 2020

Casablanca le :

Mme SENHAJI Hafida

champ visuel automatisé

24-2

Blanc - Blanc

Cabinet d'Orthoptie - d'Electro-physiologie  
HIDA Siham Eip. Delakak  
41 Bd Zerkouni - CASABLANCA  
GSM : 06 61 10 21 77 - Tél : 05 22 22 91 10

ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3ème Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél : 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني : dr.lazrakzineb@gmail.com - Email : 0660 46 15 70 - Urgence :



# DR. ZINEB LAZRAK

## SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca  
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte  
Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie réfractive  
Contactologie  
Maladies rétinienues  
Angiographie numérisée  
OCT - Laser - Topographie cornéenne



## الدكتورة زينب الأزرق

### اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلالة  
طب عيون الأطفال  
تصحيح البصر  
العدسات اللاصقة  
أمراض الشبكية  
فحص و تصوير شبكية العين  
اللازر - فحص القرنية

Casablanca le :

17 juin 2020

Mme SENHAJI Hafida

### 1/ ILAST CARE

246,40

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

### 2/ VISMED COLLYRE 10ML

144,10

1 goutte 3 à 6 gouttes par jour et à la demande, dans les deux yeux,  
pendant 2 Mois

390,50



ملتقى شارع مولاي يوسف و زنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90

Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3<sup>ème</sup> Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90

البريد الإلكتروني : dr.lazrakzineb@gmail.com - Email : 0660 46 15 70 - Urgence :

0%

• Conservateur - Parabène  
Parfum - Alcool - Lanoline  
• Preservative - Paraben  
Fragrance - Alcohol - Lanolin

# ilast<sup>®</sup> Care

Soigne et soulage  
les paupières pathologiques

Treats and soothes eyelids  
affected by pathology



Crème  
Cream

Acide hyaluronique 0,5%  
Hyaluronic acid 0.5%

**Epifree<sup>®</sup> technology**



2021/10  
C9019EU



LOT

Steripharma  
PPC:246,40 dh



2°C ~ 25°C



# قطرة عين مرطبة

هياورونات الصوديوم بنسبة 0.18 %  
10 ملتر محلول معقم  
معقمة و خالية من المواد الحافظة

فيزميد® ملتي

TRB CHEMEDICA  
OPHTHALMIC LINE

CE  
0123

STERILE A



يحفظ دون 30°



TRB CHEMEDICA AG  
Otto-Lilienthal-Ring 26  
85622 Feldkirchen/Munich, Germany

في آر بي كيميديكا اي جي  
أوتو - ليلينثال - رينج 26  
85622 فيلدكيرشين/ميونخ، ألمانيا



en

326 x / 8

Lubricant eye drops

VISMED® MULTI

Sodium hyaluronate 0.18%  
10 ml sterile solution,  
free from preservatives



fr

Lubrifiant oculaire

Hyaluronate de sodium 0,18%  
Stérile, sans agent conservateur

SYNTHEMEDIC

22-24 Rue Zoubeir Ibnou  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

MG0059  
2019-06  
2022-06



110097/1  
S/1.18  
ETU24906V02

صنع في فرنسا  
Made in France  
Fabriqué en France  
Laboratoires Pharmastar, Erstein-FR

يحفظ بعيداً عن متناول الأطفال  
Keep out of reach of children  
Tenir hors de portée des enfants



**HIDA SIHAM**  
**ORTHOPTISTE**  
**41, Boulevard zerkouni**  
**(Res lisstikrar)**  
**Tel : 022 22 91 10**

Casablanca, le : 17-06-2020 :

**Chère docteur,**

L'examen du champ visuel de **Mme SENHAJI Hafida**, âgée de 62 ans montre au test de seuil central 24-2 avec correction:

**Pour l'œil droit :**

- Absence de déficits.
- Indice MD normal.
- Indice PSD ( $P < 10\%$ ).
- Seuil fovéal à 30 dB.
- Test d'hémichamp glaucomateux=Dans les limites normales.

**Pour l'œil gauche :**

- Absence de déficits.
- Indices globaux normaux.
- Seuil fovéal à 33 dB.
- Test d'hémichamp glaucomateux=Limite.

**Conclusion :**

Donc l'examen du CV au seuil 24-2 est normal ODG.

**En vous remerciant de votre confiance,**

Cabinet d'Orthoptie - d'Electrophysiologie  
HIDA Siham Ep. Dekkak  
41, Bd. Zerkouni - CASABLANCA  
SM : 06 61 59 20 77 - Tel : 05 22 22 91 10

Contrôle de fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille:

Date: 17-06-2020

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 11:37 AM

Pertes de fixation: 3/15 xx

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

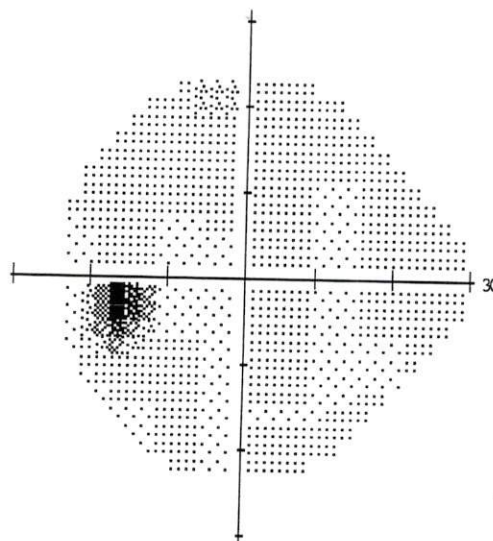
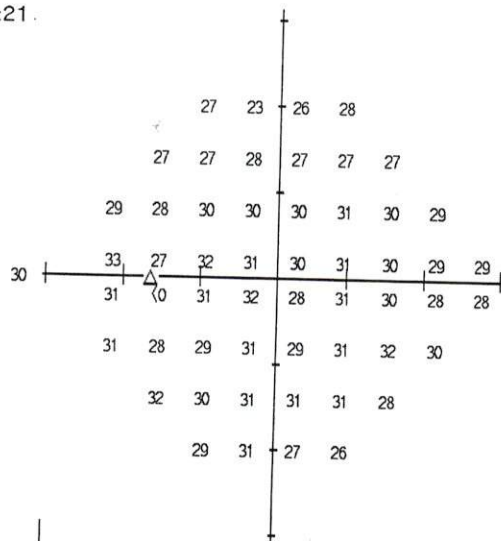
Age: 62

Erreurs faux pos.: 2 %

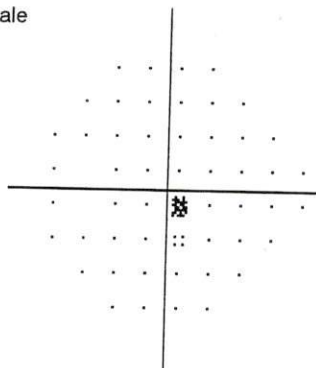
Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 05:21

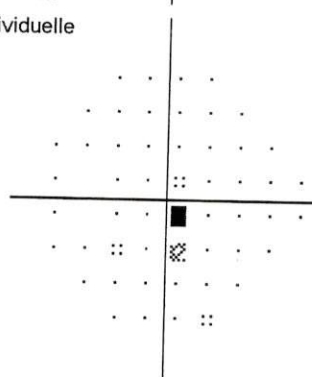
Fovea: 33 dB



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

Déviation  
totale

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

Déviation  
IndividuelleTHG  
LimiteMD -0.59 dB  
PSD 1.57 dB

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





Contrôle de fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille:

Date: 17-06-2020

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 11:26 AM

Pertes de fixation: 4/14 xx

Stratégie: SITA-Standard

RX: DS DC X

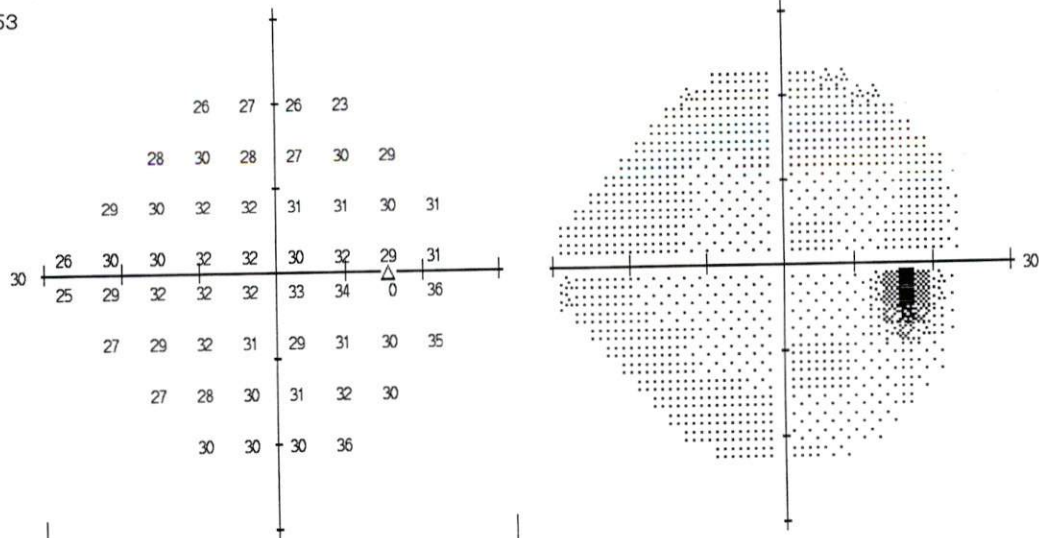
Age: 62

Erreurs faux pos.: 6 %

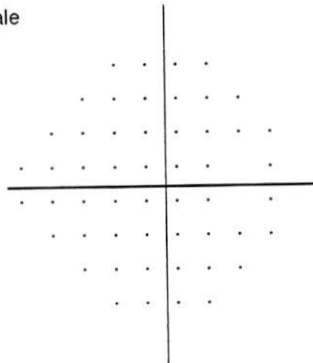
Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 04:53

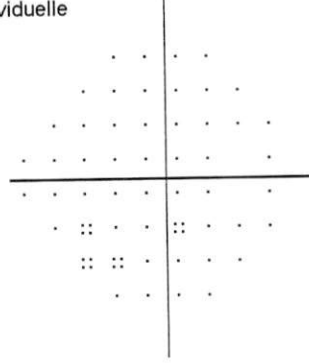
Fovea: 30 dB ■



-1	0	-1	-3
0	1	-1	-2
1	0	1	1
0	1	-1	0
-1	-1	1	0
-2	-2	0	-1
-3	-2	-1	0
1	1	1	6

Déviation  
totale

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

Déviation  
Individuelle

:: &lt; 5%

⊗ &lt; 2%

⊗ &lt; 1%

■ &lt; 0.5%

THG

Dans les limites normales

MD +0.25 dB

PSD 1.91 dB P &lt; 10%



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

Casablanca le 17-06-2020

**Mme SENHAJI Hafida,,**  
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. Delkhal*  
*41, Bd. Zerkoudi - CASABLANCA*  
*GSM : 06 61 53 20 77 - Tél : 05 22 22 91 10*

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