

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

## tions 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.

## rmacie :

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.

## tique :

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

## éducation :

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.

## entaire :

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

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

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 : ABBED AZZ

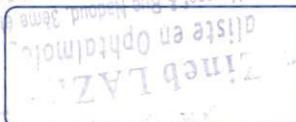
Date de naissance : 21-07-50

Adresse : 25, Rue Aboukacem ALQOTBARI / essa

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 : SEH HAJI HAFIDA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Osteoarthrite gynghalologique

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) :

## RELEVE 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
08/05/2020	Goutte Tg	10000		
05/05/2020				
22/05/2020				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

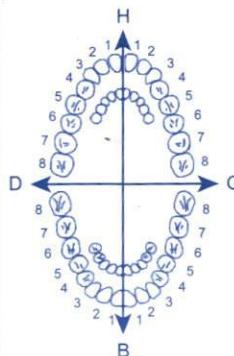
### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

## **tions 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.

## **macie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

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

## **éducation :**

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.

## **ntaire :**

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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule :	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés :	Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Spécialiste en Ophthalmologie  
Dr. Zineb LAZRAK

Date de consultation : 16/06/2020

Nom et prénom du malade : SÉNHAJI HAFIDA Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *consultation ophthalmologique*

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 : *Casablanca*

Le : 16/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE 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 juil 2020 17 juil 2020	CS + FO CMI + FO	3000 DT		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DU PHARE 15, Avenue du Phare - CASABLANCA Tel.: (022) 265819 - Fax: 022 46 27 00 Ref: 00083097000039	17-06-2006	390,50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
HIDA Siham bp. Dekkak 14 Bd. Zarzouk - CASABLANCA Maroc 81 60 00 77	17-06-2020	CY				600 D.H.	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

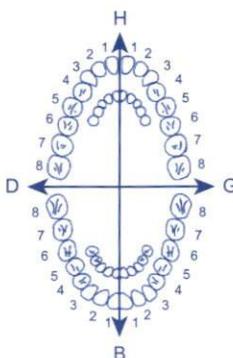
### **Important :**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

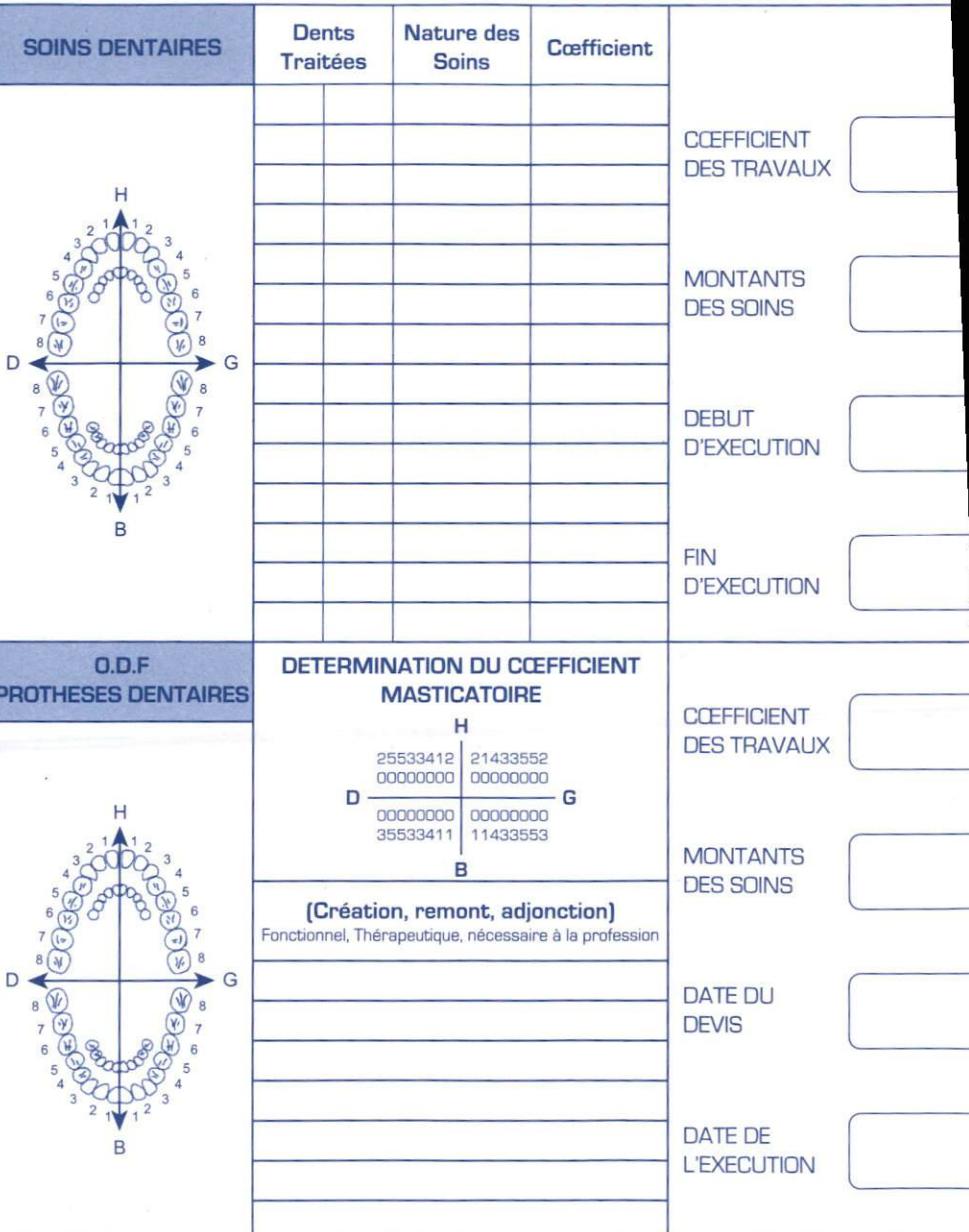
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# 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 rétiennes  
Angiographie numérisée  
OCT - Laser - Topographie cornéenne



## الدكتورة زينب الأزرق

### اختصاصية طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلاة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص وتصوير شبكي العين

اللазر - فحص القرنية

Casablanca le : 16 juin 2020

**Mme SENHAJI Hafida**

champ visuel automatisé

24-2

Blanc - Blanc

Cabinet d'Orthoptie - Electrophysiologie  
HAFIDA Sihem Lip. Dekkak  
41, Rue Zeitouni - CASABLANCA  
GSM : 06 61 10 2477 - Tel: 05 22 22 91 10

ملتقى شارع مولاي يوسف و رنقة 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

# DR ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTHALMOLOGIE

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 rétiennes  
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

المسنات الاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكة العين

اللاز - فحص القرنية

17 juin 2020  
Casablanca le :

Mme SENHAJI Hafida

## 1/ ILAST CARE

246,40

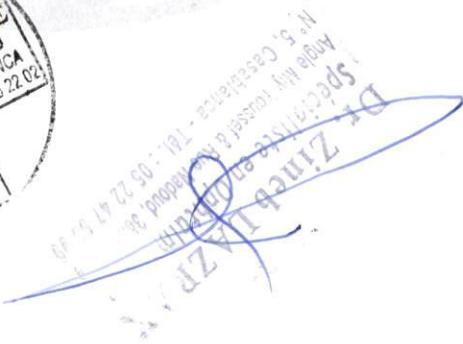
1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

## 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 رنقة 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

**0%**

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



**Ilast®**

**Care**

Soigne et soulage  
les paupières pathologiques

Treats and soothes eyelids  
affected by pathology



Crème

Cream

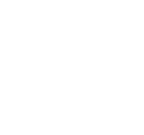
Acide hyaluronique 0,5%

Hyaluronic acid 0.5%

**Epifree® technology**



2021/10  
C9019EU



LOT

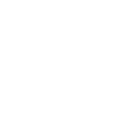
Steripharma

PPC:246,40 dh



2°C

25 °



فيز ميد® ملتي  
قطرة عين مرطبة  
هالورونات الصوديوم بنسبة 0.18%  
10 ملتر محلول معقم  
معقمة و خالية من المواد الحافظة

مصنوع في فرنسا  
Made in France  
Fabriqué en France  
Laboratoires Pharmasset, Etablissement FR

ممنوع بيعها عن متناول الأطفال  
Keep out of reach of children  
Tenir hors de portées des enfants



ع

فِيزْ مِيد® مُلْتِي

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

TRB CHEMEDITA  
OPHTHALMIC LINE

CE  
0123

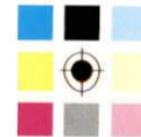
STERILE A



يحفظ دون 30°C

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

تي آر بي كيميديكا اي جي  
أوتو - ليلينثال - رينج 26  
فيلدكيرشن/ميونخ، ألمانيا 85622



en

326x/j.

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 Ibn  
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C:144.10

20

1100097/1  
S/11.18  
ETU24906V02

MG0059  
2019-06  
2022-06  
LOT



**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,**



## Analyse de champ unique

Nom: SENHAJI HAFIDA

ID:

Oeil: Gauche

Test de seuil central 24-2

DDN: 30-04-1958

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

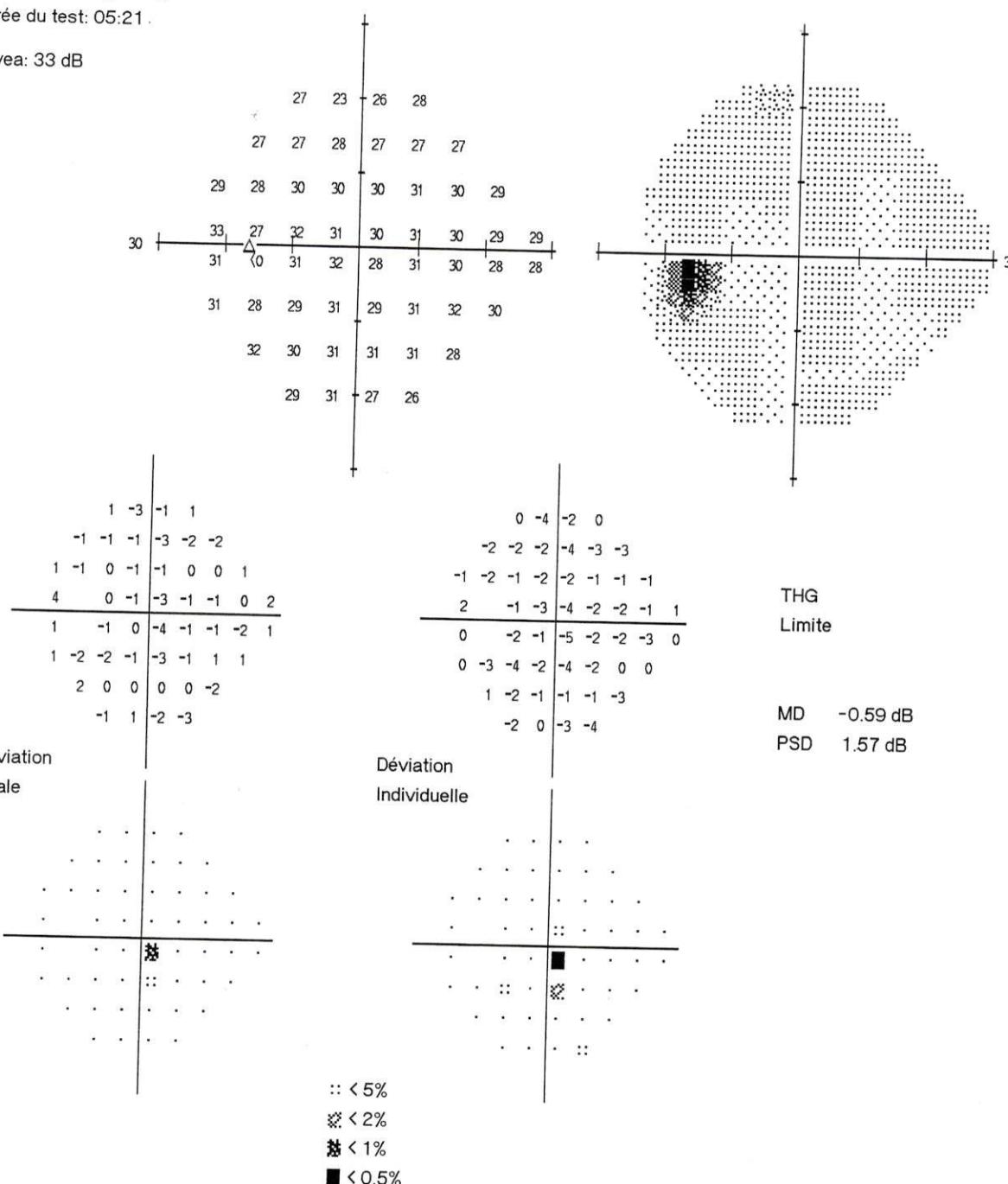
Age: 62

Erreurs faux pos.: 2 %

Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 05:21 .

Fovea: 33 dB



© 2003 Carl Zeiss Meditec  
HFA II 745-2252-12.6/12.6

## Test de seuil central 24-2

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

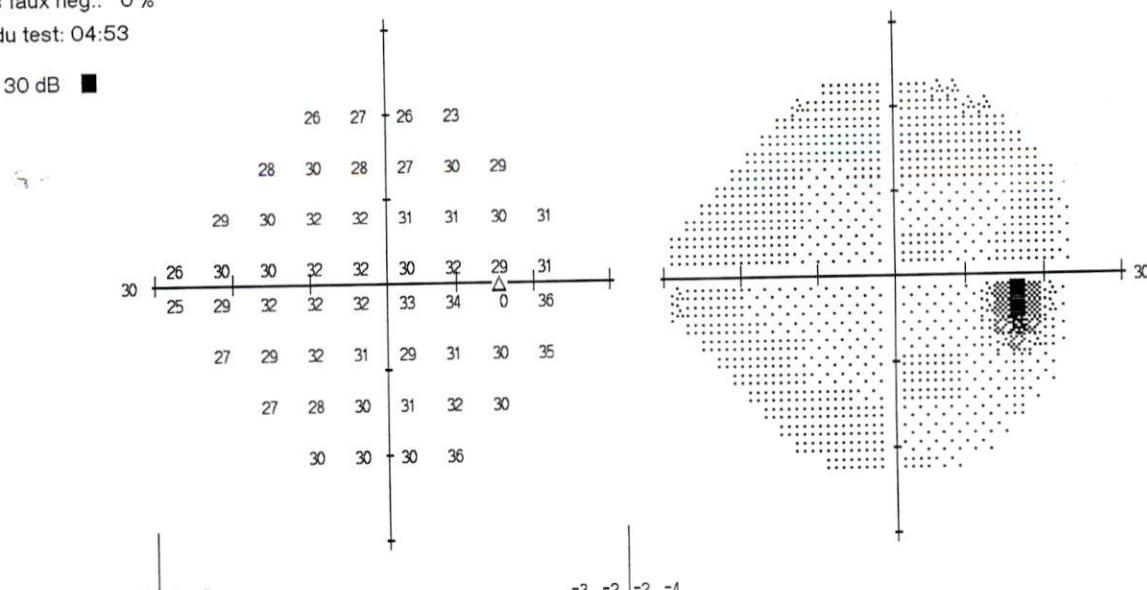
Age: 62

Erreurs faux pos.: 6 %

Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 04:53

Fovea: 30 dB ■



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

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

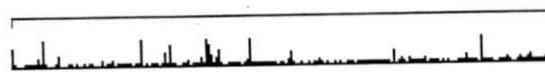
THG  
Dans les limites normalesMD +0.25 dB  
PSD 1.91 dB P < 10%Déviation  
totaleDéviation  
Individuelle

:: &lt; 5%

◎ &lt; 2%

✖ &lt; 1%

■ &lt; 0.5%



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

**Casablanca le 17-06-2020**

**Mme SENHAJI Hafida,,**  
Facture pour :

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

*Cabinet d'Orthoptie - d'Electrophysiologie  
HIDA Siham L.P. Dekkak  
41, Bd. Zerkouni - CASABLANCA  
GSM : 06 61 59 20 77 - tél : 05 22 22 91 10*

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