

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.

Radiologie 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 |

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-829301
Jol239



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Société :

Nom & Prénom :

SOBHI Noureddine

Date de naissance :

28.12.1958

Adresse :

9 lotissement Villa Garden
DAR BOUAZZA

Tél. :

0661170601

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21/03/2024
S O B O U A Z Z A Noureddine

Age:

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



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) :



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	
Dr 03/02/09			2700	DR. SERRAJ HANANE DOCTEUR D'ORTHOPÉDIE 185 Bd. Abdellatif Ben Rabbah Casablanca - Tel: 05 22 26 26 48 108 GSM: 06 61 00 32 26	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture			
512 Bd Pasteur Casablanca Tel.: 05 22 21 00 00 Fax: 05 22 21 00 01	09/10/24 OCT	FC 500	45 000	FC 1500 0.4	
ANALYSES - RADIOPHARIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MÉDICAUX					
Cachet et signature du Personnel	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A.M.	PC	IM	
1ere D'ORTHOPIE - DELEGATION Anne SERRAJ HANANE	09 OCT 24	1	1	0	600 DH
185 Bd. Abdellatif Ben Rabbah Casablanca - Tel: 05 22 26 26 48 108 GSM: 06 61 00 32 26	10 OCT 24	1	1	0	

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 de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		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																

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر....

Casa le : 21 MARS 2024

Mr SOBHI - Noureddine

Td : OD : 19 mm
OA : 18 mm

discrète astigmatisme droite
papille normale

OCT Papille

Dr. Malika BOUKSIM
OPHTHALMOLOGISTE
Bd Oum Rabii Rés. Al Firdaous
Imm. L30, Etage 1, Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11
INPE: 091165187

CLINIQUE AL MADINA
RC 2
532, Bd Panoramique
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax. : 05 22 25 00 00

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
Laser - Angiographie
Contactologie
Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
الليزر....

Casa le : 09/04/2024

SOBHI Noureddine

COMPTE RENDU DE OCT PAPILLE

• **Signal :**

OD : 53 µm

OG : 63µm

• **Averg RNFL :**

OD : 83 µm

OG : 84µm

• **C/D :**

OD : 0.75

OG :0.90

• **Déroulé RNFL :**

DOUBLE BOSSES RESPECTEE DS LES NORMES

• **GCC :**

OD : 84 µm

OG :86µm

C/C :PAS DE SIGNES EN FAVEUR D1 ATTEINTE DE LA STRUCTURE

*DR. Malika BOUKSIM
OPHTHALMOLOGISTE
Bd Oum Rabii Rés. Al Firdaous
Imm L30 Espace 1, Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 91 41 11
Agée pour Le Permis*

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Laser - Angiographie

Contactologie

Strabologie

الدكتورة بوعسم مليكا

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

الليزر....

Casa le : 21 MARS 2024

M^r SOBH I - Noureddin

HIO suspecte

faut CV automalign
24-2

CENTRE D'ORTHOPIE-D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane
185, Bd. Abdelloumen Rés. Wallil Parc
Casablanca, TÉL.: 05 22 26 26 26 / 48 10 82
GSM : 06 61 63 34 26

Malika BOUKSIM
OPHTHALMOLOGISTE
Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca
TÉL.: 05 22 91 41 11
Fax: 05 22 91 41 11
Courriel: malika_bouksim@yahoo.fr

28.12.1958.

Sobhi Noureddine

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : **11732 / 2024** du **09/04/2024**

Nom patient **SOBHI NOUREDDINE** Entrée **09/04/2024**
PAYANT Sortie **09/04/2024**

OCT

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		500,00	500,00
Total Clinique				500,00
DR. BOUKSIM MALIKA (ophtalmologue)	1,00		500,00	500,00
Total Autres prestations				500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE DIRHAMS	Total 1 000,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA



CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



FACTURE

CASABLANCA LE 09/04/2024

Mr SOBHI NOUREDDINE

Désignation	Montant
CHAMP VISUEL	600,00
<i>TOTAL</i>	600,00

Somme arrêtée à : six cents dirhams

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili Parc
Casablanca - Tél. 05 22 26 26 26 / 48 10 86
GSM : 06 51 63 34 26

ICE: 001804777000038

TP : 34309939

IF : 41909940

185, Bd. Abdelmoumen, Rés. WALILI PARC, 2^{ème} Etg. (en face station Tram Faculté de Médecine)

☎ : 0522.26.26.26 / 48.10.86

📱 : 0661.63.34.26

✉ : ha.serraj@gmail.com

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
MME SERRAJ HANANE EP. FILALI
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa, Le 09/04/2024

Mr SOBHI NOUREDDINE

Cher Docteur

➔ **L'examen du champ visuel automatisé montre au niveau ODG:**

-**Central 24-2 : A/C**

OD: Seuil fovéal (36) dB.

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

C/C : Le CV et le THG sont dans les limites normales.

OG: Seuil fovéal (36) dB

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

C/C : Le CV et le THG sont dans les limites normales.

Bien à vous

*CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ Hanane
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili Parc
Casablanca - Tél: 0522.26.26.26 / 48.10.86
GSM : 06.61.63.34.26*