

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 rééducation.
- 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

- Reclamation : 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-440695

ND 52102

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12291 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKDOUR AMINE

Date de naissance : 10/03/1981 10 DEC. 2020

Adresse :

Tél. : 06 7266 75 86 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/2020

Nom et prénom du malade : BOUKDOUR Lina 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) :



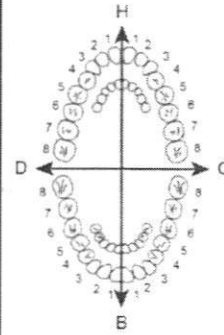
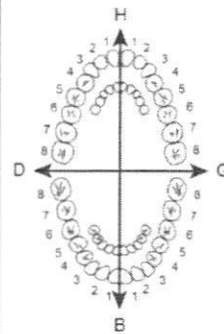
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21.10.20	e.v.f.		300,	INP : 
04.11.20	e.v.		6	

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 Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/10/20		B.0			300 DH
	20/10/20					

osieros Rinne + embasant de dent

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 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"/>																						
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse
	H		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																							

Centre des maladies
& Chirurgie des yeux



مركز الأمراض
و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux
Chirurgie des voies lacrymales
Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie
OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)
Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو
اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر
و تقويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

04/11/2020

Casablanca le,

BOUKDOUR Lina

Oeil Droit : $(145^{\circ} -0,25) + 7,75$

Oeil Gauche : $(100^{\circ} -0,75) + 9,00$

VISIBLEMENT OPTIQUE enroulé
Rés. Saâda 2, N° 71-6 RDC
Quartier Bathkou, Casablanca
Tél. 0522 28 05 00 - Fax. 0522 28 05 01

Dr. Mohammed Mikou
OPH - ALMOULISTE
ALMIARAJ Center
Angle Bd. Abdelmoumen
2ème étage N° 18 - Casablanca
Tél: 0522 28 05 00 - Fax: 0522 28 05 01

pour pres. on de
+ 2,75 aux yeux
en vision de près.

Centre des maladies & Chirurgie des yeux



مركز الأمراض و جراحة العيون

Docteur Mohammed Mikou
Ophtalmologiste

Diplômé de Chirurgie de la Cataracte (Phako)
et la Chirurgie réfractive (PKR/Femto lasik/ICL)
de l'Université Victor Segalen de Bordeaux
Chirurgie des voies lacrymales
Examen de la rétine/Rétinographie/Angiographie
OCT / Laser (ARGON multispot / YAG)
Membre de la Société française d'Ophtalmologie

الدكتور محمد ميكو

اختصاصي في الطب وجراحة العيون

حاصل على شهادة في جراحة الجلالة بالليزر
و تفويم البصر من جامعة فكتور سيكالان في بوردو
جراحة مسالك الدموع
فحص شبكية العين - تصوير الشبكية - تصوير الأوعية
الليزر متعدد الإشعاع
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

21/10/2020

Casablanca le,

BOUKDOUR Lina

Oeil Droit : $(145^{\circ} -0.25) + 7.75$

Oeil Gauche : $(100^{\circ} -0.75) + 9.00$

Mme. SERRAJ MARIAM EL FILALI
CENTRE D'ORTHOPTE - OPHTHALMOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Riss, W. Hali - Casa
Tél: 05 22 26 26 26 - GSM: 06 61 63 24 26

Dr. Mohammed Mikou
OPHTHALMOLOGISTE
Angle Bd. Abdelmoumen, 2^{ème} étage N° 18
Tél: 05 22 26 26 26 - GSM: 06 61 09 57 50

FACTURE

Facture N° 1235/20 **DATE** 21/11/2020 **M. Paiement** ESP

CLIENT
Code client 1235

Nom BOUKDOUR LINA

Adresse Casablanca

Quantité	Désignation	PU	Prix HT	TVA	Prix TTC
2	VERRES ORGANIQUES AMINCIS ANTIREFLETS	916.67	1 833.33	20%	2 200.00
TOTAL DH			1 833.33	366.67	2 200.00

VISIBLEMENT OPTIQUE s.r.l.
Rés. Saada 2, N° 71-6 RDC
Quartier Bachkou - Casablanca
Tél. 05 22 28 05 01 - Fax 05 22 28 05 01



327, Boulevard Zerktouni, Quartier
Bourgoigne 20053 Casablanca Maroc
Tél: 00212522200357
E-Mail: contact@opticalys.ma
Site Web: www.opticalys.ma



Mlle BOUKDOUR LINA

FACTURE N° : F20/6411

Date : 09/12/2020



Désignation	Qté	Prix unit.	Remise	Valeur	TVA
EMBOUT ANTIDERAPANT NOIR fin REF072911	2	60.00		120.00	20.0
3M PRESS ON ADDITIF +2.50	1	680.00		680.00	20.0
Corrections : VL D. Sph: +7.75 Cyl: -0.25 Axe: 145° VL G. Sph: +9.00 Cyl: -0.75 Axe: 100°					
Total	3			800.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
666.67	133.33	800.00	800.00	0.00 DH



CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 24/10/2020

ICE : 00180477700038

TP : 34309939

IF : 41909940

FACTURE

Nom et Prénom : BOUKDOUR LINA

Examen : BILAN ORTHOPTIQUE

Prix : 300 DH

MONTANT : (TROIS CENT DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél.: 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 21

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

BILAN ORTHOPTIQUE

CASA, Le 24/10/2020

Cher Docteur,

L'examen de l'enfant BOUKDOUR LINA (5 ans) montre les éléments suivants:

INTERROGATOIRE

Esotropie de l'OG constatée à l'âge de 2 ans. .

Port de la correction optique .

ACUITE VISUELLE

Correction portée : VL OD = + 7.75 (- 0.25 à 145°) / OG = + 9,00 (- 0.75 à 100°)

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	10/10	VP A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE (en Dioptries)

VL S/C: ET = 40 à 45

A/C: ET = 8

VP S/C: E'T = 55

A/C: E'T = 18

(Angle minimal : ET = 30)

(Angle minimal : E'T = 10)

Addition ODG = +2.50 → orthophorie

Alternance : ODP

Motilité oculaire :

Hyper action du droit interne droit (+)

Hyper action du droit interne gauche (++)

Hyper action du POB gauche (+)

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge à l'AO: VL union binoculaire / VP diplopie croisée

Worth : fusion

Vision stéréoscopique : négative

Synoptophore

S/C: AO = +40

A/C: AO = AS = +8

CONCLUSION

Esotropie alternante avec ODP.

Sur le plan visuel : iso acuité visuelle .

Sur le plan moteur : L'angle diminue A/C , variable en VP ,

diminue nettement avec les additifs en VP .

Sur le plan sensoriel : union binoculaire en VL , diplopie croisée en VP .

Prévoir les additifs en VP .

Bien à vous



Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd Abdelmoumen, Res. Walili - Casa
Tel.: 05 22 26 26 26 - 09 61 61 61 61