

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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
- 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° M21- 0000571

69052

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1541 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bout Gaxout MALIKA
Date de naissance : 15/03/1959
Adresse : AN ALYASSMINE N 11 Rte 854
INZEGANE
Tél. : 05 90 120873 Total des frais engagés : 1500 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 :

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 : 29 / 05 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
				<input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin de <input type="text"/>
H		G																						
25533412	21433552																							
00000000	00000000																							
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'exécution
---	--

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-394987	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-394987

DATE DE DEPOT

29/10/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle
Nom & Prénom		Boutgagout Ihabka
Fonction :	Phones :	
Mail		
MEDECIN Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age		Date 09/03/2021
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires Freshimur CS 150 DH Fresh Neden CS 150 DH		
PHARMACIE Date Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : 09/03/2021 Désignation des Coefficients Montant détaillé des Honoraires Freshimur oct 850 DH Fresh Neden oct 350 DH		
AUXILIAIRES MEDICAUX Date : Nombre Montant détaillé des Honoraires AM PC IM IV		

le mardi 9 mars 2021

TOMOGRAPHIE EN COHERENCE OPTIQUE

O.C.T maculaire

Madame BOUTGAYOUT Malika né le 15/03/1959

- Œil droit:

Disparition de la dépression fovéolaire
Pas de membrane épiretinienne visible
Trou maculaire de 845 μ avec oedème des berges
Altération de la ligne IS/OS

- Œil gauche:

Disparition de la dépression fovéolaire normale
Pas de membrane épiretinienne visible
Oedème maculaire de 352 μ
Trou maculaire fermé

Dr. BOUKHRISSA Mounia
Ophtalmologiste
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE (H.W.)
25, Route des Facultés Lot Gnymer Oasis
Casablanca - Tél: 0522 23 49 89 LG

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087



INPE 090060914

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر - الوازيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روم م ص : 090060914

الباتنتا : 36350533 - تج : 40143077 - ص وض ج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وفا بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67 - B.I.B : 007 780 0001227000000605 67

le mardi 9 mars 2021

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à Madame BOUTGAYOUT Malika,

Frais medecin 150 Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique 150 Dhs
CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. BOUKHRISSA Mounia
Ophtalmologiste
CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE (H.W.)
25, Route des Facultés - Casablanca - Tél: 0522 23 49 89

Cachet et signature

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE (H.W.)
25, Route des Facultés - Casablanca
Tél: 0522 23 49 89



INPE 090060914

Radial Report

ID: 0604

Name: BOUTGAYOUT MALIKA

OD(R)

Image Quality: 82 Analysis mode: Fine (2.0.7)
Capture Date: 2021/03/09

Triton

Ethnicity:

Gender: Female

DOB: 1959/03/15 Age: 61

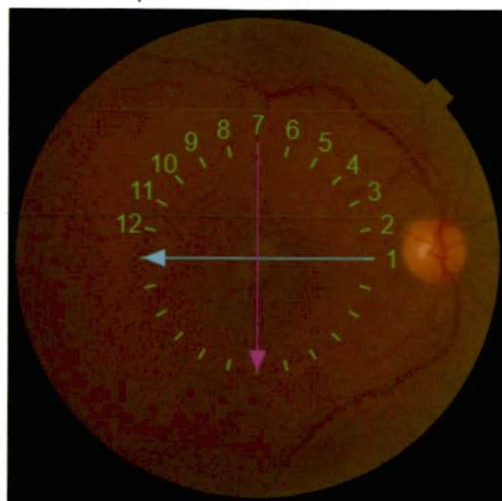
Print Date:
2021/03/09 13:06:38.

TOPCON

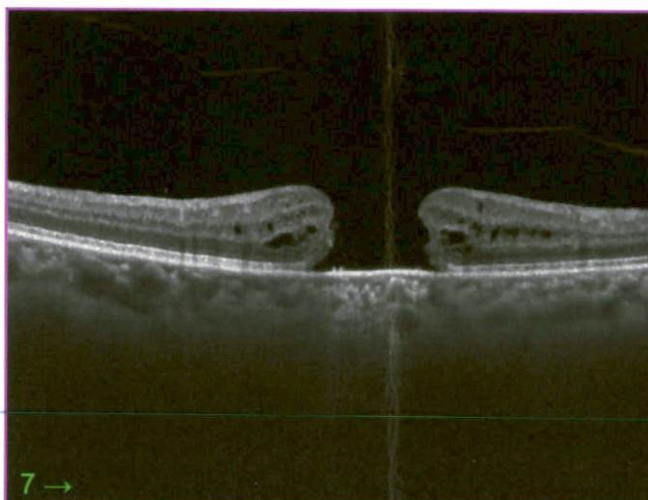
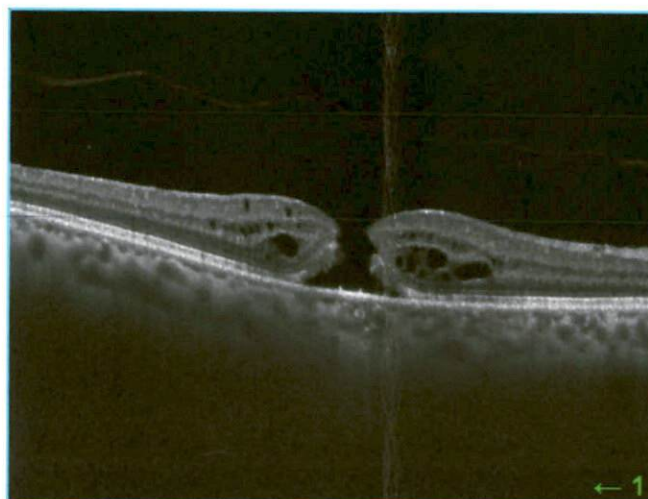
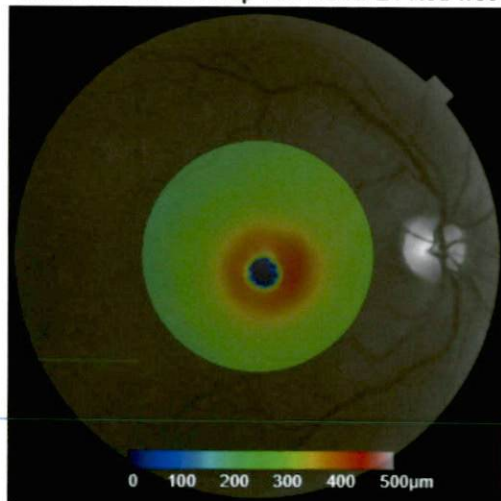
Technician:

Fixation: Macula

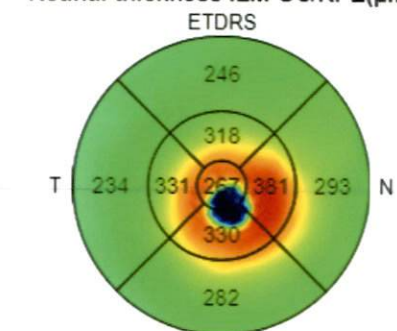
Scan: Radial(6.0mm - 1024x12)



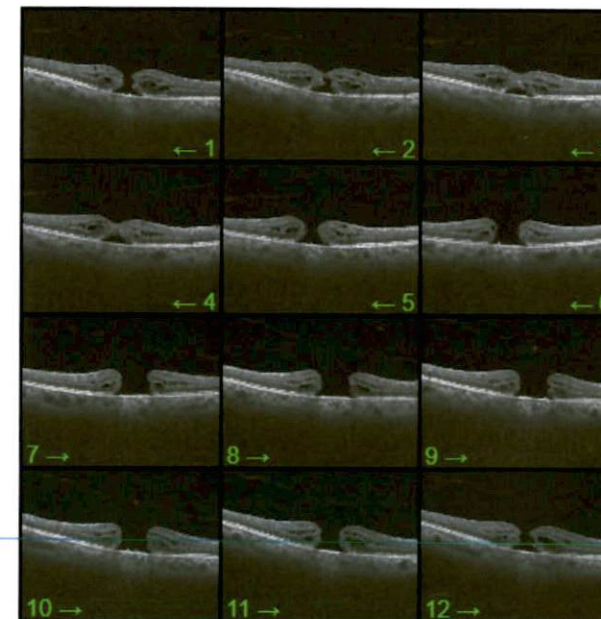
Retinal thickness map ILM-OS/RPE / Red-free



Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)



Average Thickness (μm) 280.8



Comments:

Signature:

Date:

Print Date:
2021/03/09 13:09:17**Radial Report**

ID: 0604

Name: BOUTGAYOUT MALIKA

Triton

Ethnicity:

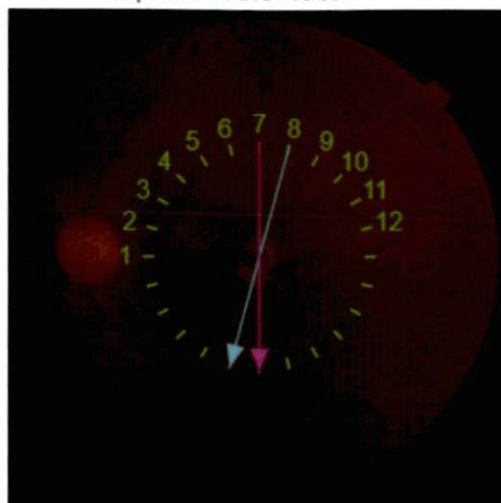
Gender: Female

DOB: 1959/03/15 Age: 61

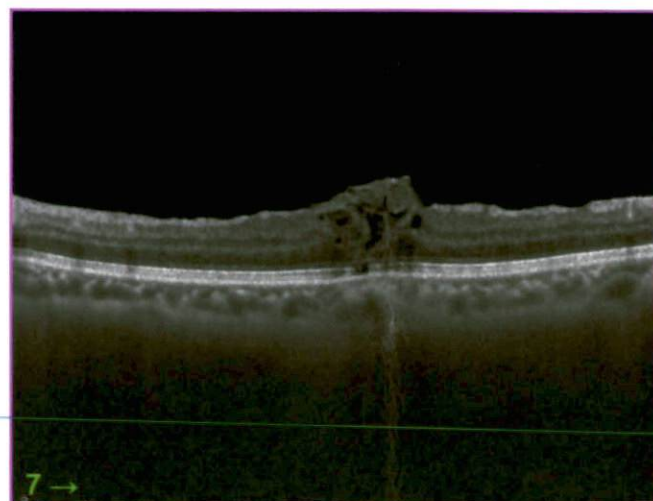
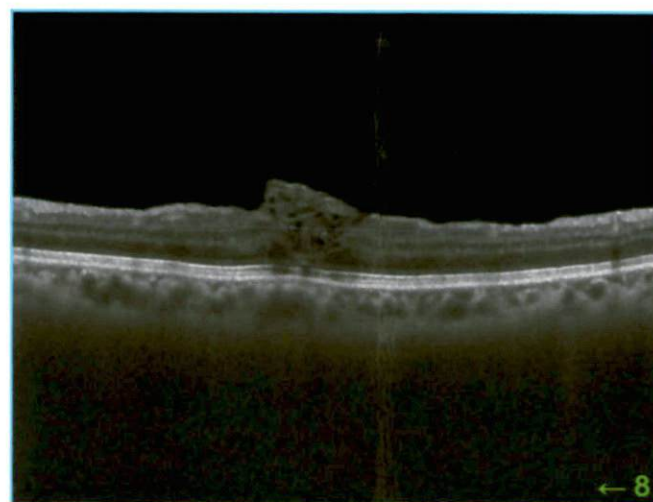
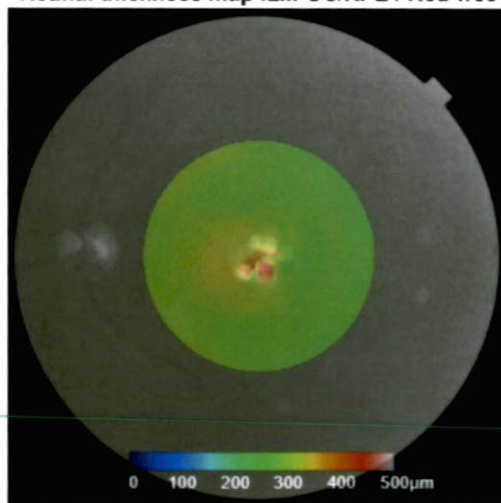
Technician:

Fixation: Macula

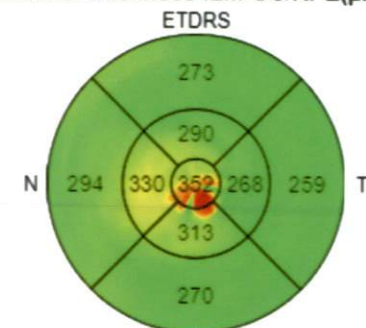
Scan: Radial(6.0mm - 1024x12)

OS(L)Image Quality: **95** Analysis mode: Fine (2.0.7)
Capture Date: 2021/03/09

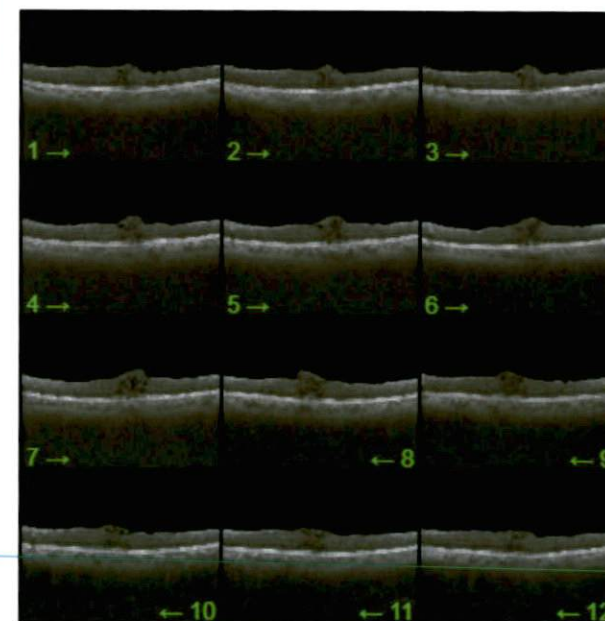
Retinal thickness map ILM-OS/RPE / Red-free



Retinal thickness ILM-OS/RPE(μm)



Average Thickness (μm) 282.0



Comments:

Signature:

Date:

F A C T U R E

N° : 1218 du 09/03/2021

Médecin traitant : DR. BOUKHRISSA MOUNIA

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme BOUTGAYOUT MALIKA	PAYANT	09/03/21 09/03/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE OCT		1,00	850,00	850,00
			Sous/Total	850,00
			Total clinique	850,00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	850,00
HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS		
Encaissé esp.	Encaissé chèque	Total Solde
850,00		850,00

CLINIQUE NOUR
D'OPHTALMOLOGIE
25, Route des Facultés (H.W)
(ex Route Territoriale 01) - Casablanca
Tél: 0522 23 49 89 - Fax: 0522 23 49 87

25, Route des Facultés (ex. Route El Jadida)

Lotissement Gnymer, Oasis - Casablanca

Tél.: 05 22 23 49 89 LG - Fax : 05 22 23 49 87

E-mail : cliniquenour01@gmail.com - INPE : 090060914

Patente : 36350533 - I.F. : 40143077 - CNSS : 8282733

I.C.E. : 001685652000087



INPE 090060914

25, طريق الجامعات (طريق الجديدة سابقا)

تجزئة كنيمر - الوازيس - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 23 49 89 LG - الفاكس : 05 22 23 49 87

البريد الإلكتروني : cliniquenour01@gmail.com - روم مص : 090060914

الباثنتا : 36350533 - تج : 40143077 - ص.وض.ج : 8282733

م.م.ش : 001685652000087

التجاري وافا بنك : وكالة محج 2 مارس - التعريف البنكي : 007 780 0001227000000605 67 - Bank Agence Avenue 2 Mars - RIB :

Docteur BOUKHRISSA Mounia

Ophtalmologiste

**Diplômée de la Faculté de Médecine
de Paris**



الدكتورة بوخريصا مونية

طبيبة العيون

**خريجة كلية الطب
بباريس**

**Chirurgie de cataracte • Maladies rétiniennees
Strabisme • Laser • Echographie • Angiographie
Lentilles de contact**

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

le mardi 9 mars 2021

NOTE D'HONORAIRES

A l'honneur de présenter à BOUTGAYOUT Malika

Honoraire medecin oct maculaire 350 Dhs

TROIS CENTS CINQUANTE (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature



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،

الوازييس، 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