

# 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.

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



DECLARATION DE MATERIAU

N° W21-613956

*Par courrier*

94894

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 248

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Braïtou Boujemaa

Date de naissance : 01/01/1936

Adresse : Hay el betha Hay el Hassani 440

Marrakech

Tél. : 05 24 39 53 37

Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Braïtou Boujemaa Age : 1936

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Retraite foy

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 : Marrakech

Le : 26/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-613956

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
26/01/2022	as		64	Dr. G. B. Clinique Sainte Odile

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du laboratoire en tant Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/11/98	0 CT	12000,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

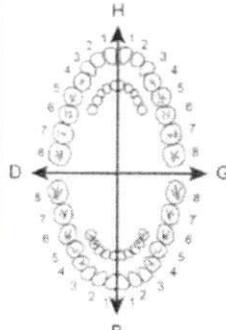
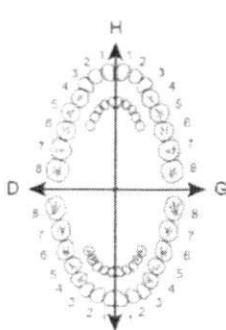
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### 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 de l'ODF.

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

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophthalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique
- المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
- مركز طبي و جراحي • مركز الأم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تقويم الحصى
- مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

**26 novembre 2021**

**Mr. BAITOU Boujema**

OCT maculaire





مصحة ملعدهاً متعددة الاختصاصات  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique

- المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
- مركز طبي و جراحي • مركز الألم و الطفل • مركز الإنعاش والعناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تقويم الحصى
- مركز التغذية و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

Dr. BAIHOU TOUTAOUAKIL  
Professeur d'Ophtalmologie  
Chirurgie et Maladies des Yeux

Bonjour  
OCT Maculaire  
et papillaire  
Glaucome OD

Dr. Abdeljalil TOUTAOUAKIL  
Professeur d'Ophtalmologie  
Chirurgie et Maladies des Yeux

10/11/2021

OB: profil maculaire normal

OCT papillaire atteinte  
papille glaucomateuse

G., passage difficile

Dr. Abdeljalil TOUTAOUAKIL  
Professeur d'Ophtalmologie  
Chirurgie et Maladies des Yeux

Clinique l'Aéroport  
Ophtalmologie

# CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477  
 Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation  
 Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

## F A C T U R E

N° 2 940 / 2021 du 26/11/2021

Nom patient	<b>BAITOU BOUJEMAA</b>	Entrée 26/11/2021	Sortie 26/11/2021
Prise en charge	<b>PAYANT</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
OCT	1,00		800,00	800,00
			Sous-Total	800,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>800,00</b>
<b>PRESTATIONS EXTERNES</b>				
PR. MOUTAOUAKIL ABDEJALIL (ophtalmo)	1,00	CS	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>400,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>MILLE DEUX CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total général 1 200,00</b>
	<b>1 200,00</b>

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	<b>1 200,00</b>				<b>1 200,00</b>	<b>0,00</b>

Clinique l'Aeroport  
 Ophthalmologie

Le : 26/11/2021

Références

2 940 / PAYANT

Entrée / Sortie : 26/11/2021 - 26/11/2021

Le Pr. MOUTAOUAKIL ABDEJALIL

présente à Mr BAITOU BOUJEMAA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de

400,00 Dhs QUATRE CENTS DIRHAMS

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

Dr. Abdeljalil MOUTAOUAKIL  
Professeur d'ophtalmologie  
Chirurgie et Maladies des Yeux

Cachet et signature

ID : 02580

Ethnicity : Asian

Technician :

Gender : Male

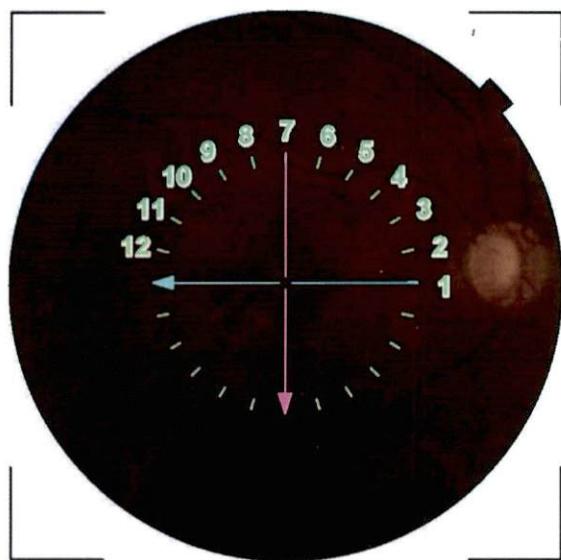
Fixation : OD(R) Macula

DOB : 01/01/1936

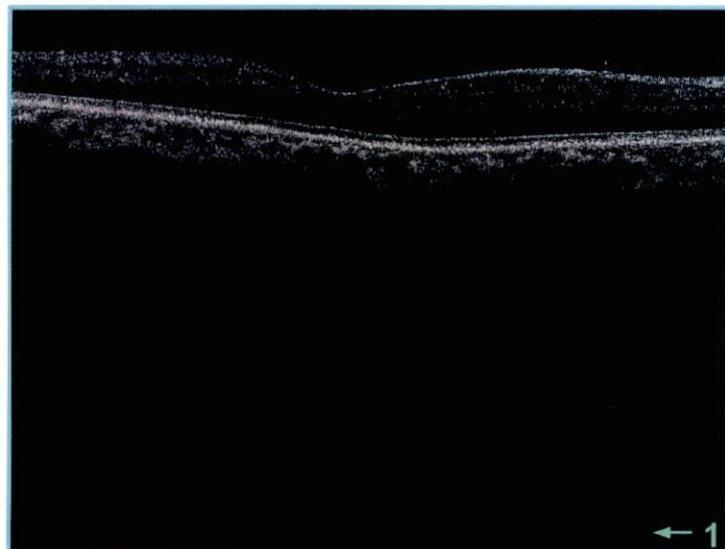
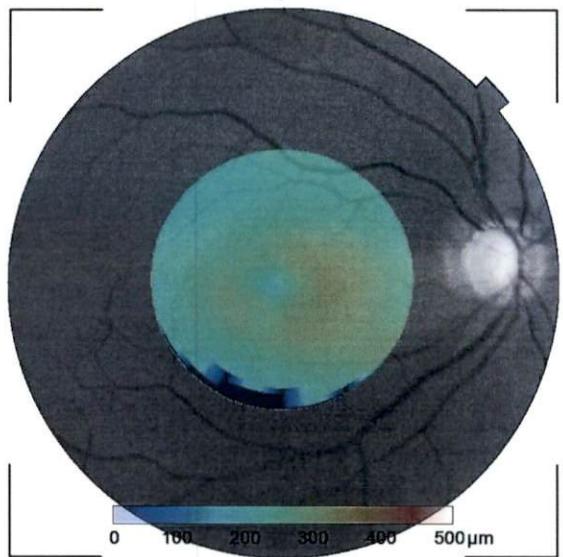
Age : 85 Scan : Radial(6,0mm - 1024 x 12)

Name: BOUJMAA BAITOU

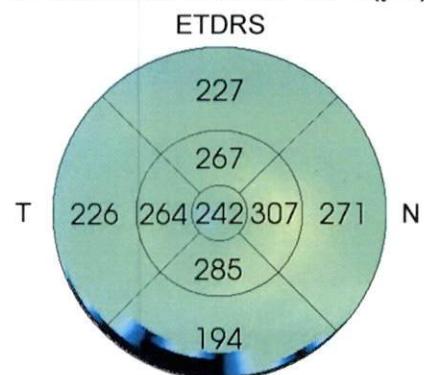
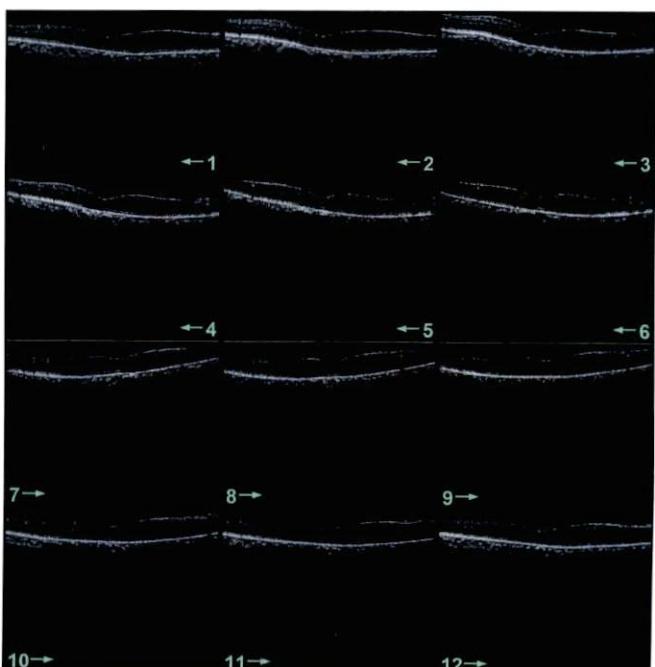
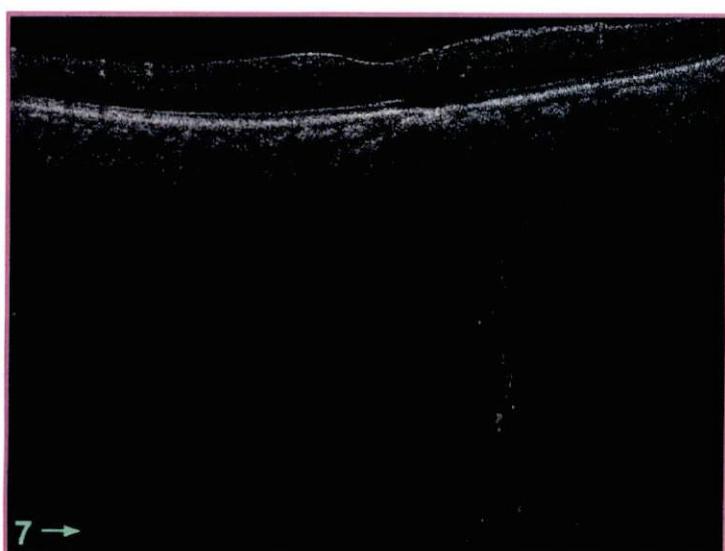
OD(R)

Image Quality : **45** mode : Fine(2.0.0)  
Capture Date : 26/11/2021

Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free



Retinal thickness ILM - RPE (μm)

Average Thickness (μm) **241,4**

Comments :

CLINIQUE L'AEROPORT

Signature :

Date :

394, AV GAMASSA Marrakech

Phone 0529803803

