

# 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

- 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de maladie

N° W21-613956

94894

payé  
compte

☐ 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 behja Hay el Hassani 440  
 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 : Retraction  
 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 : 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.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
26/11/97	ag		67	<i>[Signature]</i>

# 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
<i>[Signature]</i>	26/11/97	0 CT	1200,00

# 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.

# 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 <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

26 novembre 2021

Mr. BAITOU Boujemaa

OCT maculaire

Dr. Abdelhak M. BAITOU  
Ophtalmologie  
Clinique L'Aéroport  
Centre de Radiologie  
Centre de Cardiologie  
Centre de Maladies Vasculaires



مصحة المطار  
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة 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 و الشرايين • 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 تقنيات الحصى  
• مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل

Dr. Baï Boujemâ

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

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

6/1/2021

OCT Maculaire  
& papillaire  
Glaucome OD

OD: profil maculaire normal

OCT papillaire atteinte  
papillaire glaucomateuse

passage difficile

profil maculaire normal.

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

Clinique L'Aéroport  
Ophtalmologie

394 AVENUE GHASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Radiologie : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com



# 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	BAITOU BOUJEMAA	Entrée 26/11/2021	Sortie 26/11/2021
Prise en charge	PAYANT		

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

	Total général	1 200,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENTS DIRHAMS		1 200,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	1 200,00				1 200,00	0,00

Clinique L'Aéroport  
Ophtalmologie

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 :

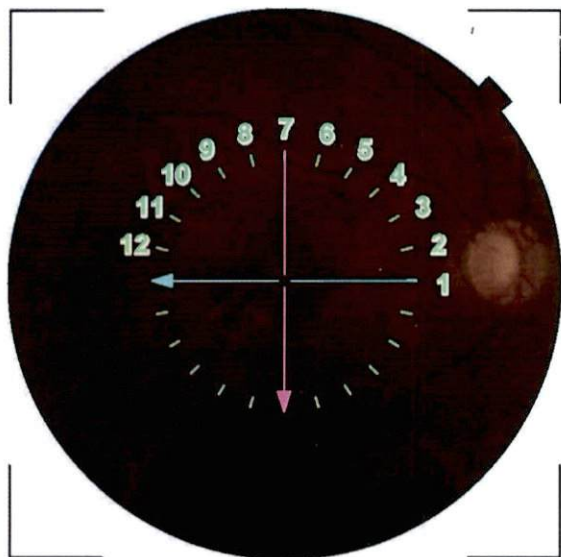
Name:BOUJMAA BAITOU

Gender : Male

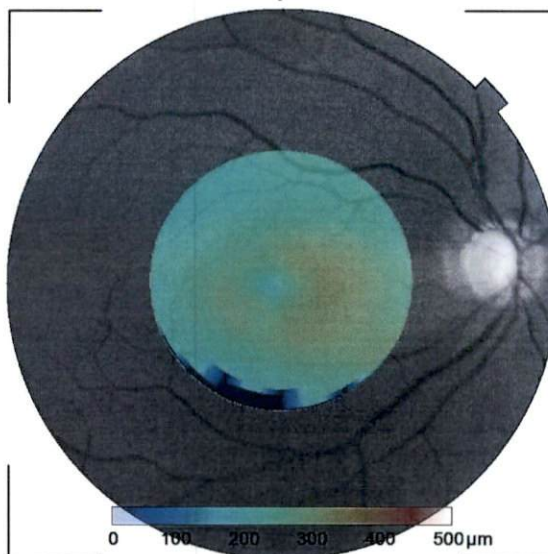
Fixation : OD(R) Macula

DOB : 01/01/1936 Age : 85 Scan : Radial(6,0mm - 1024 x 12)

OD(R)

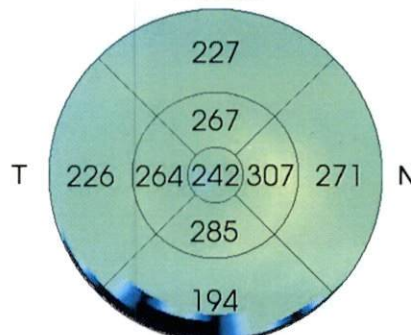
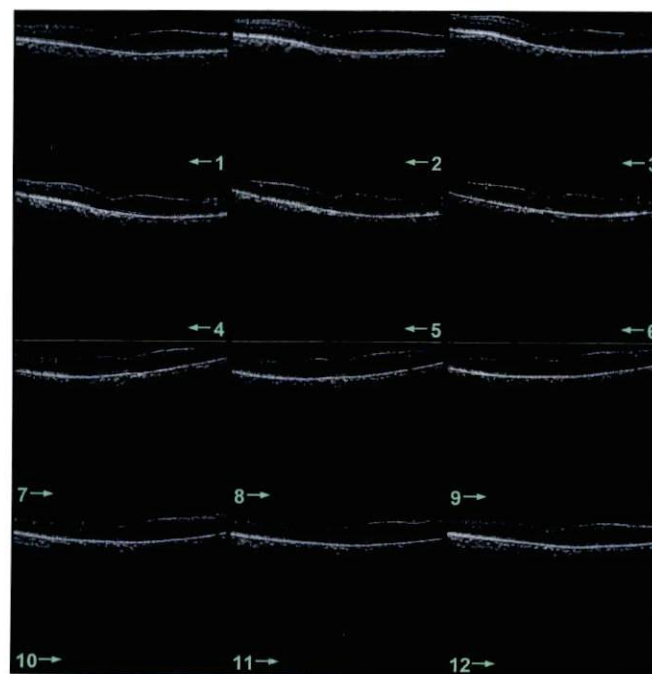
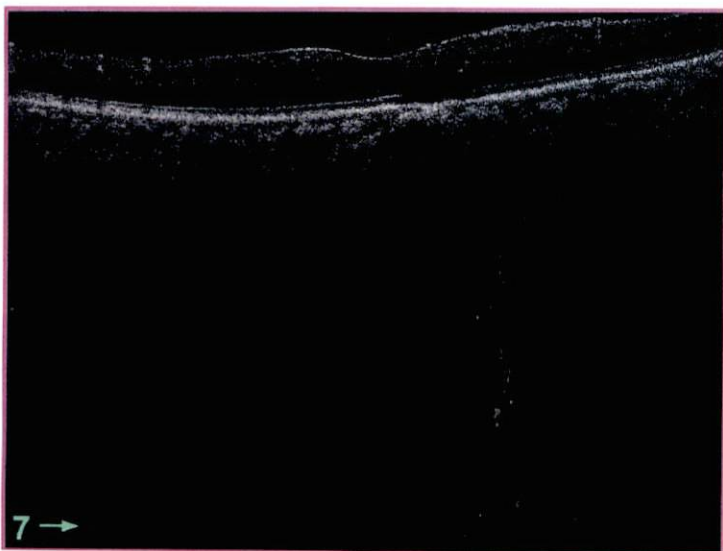
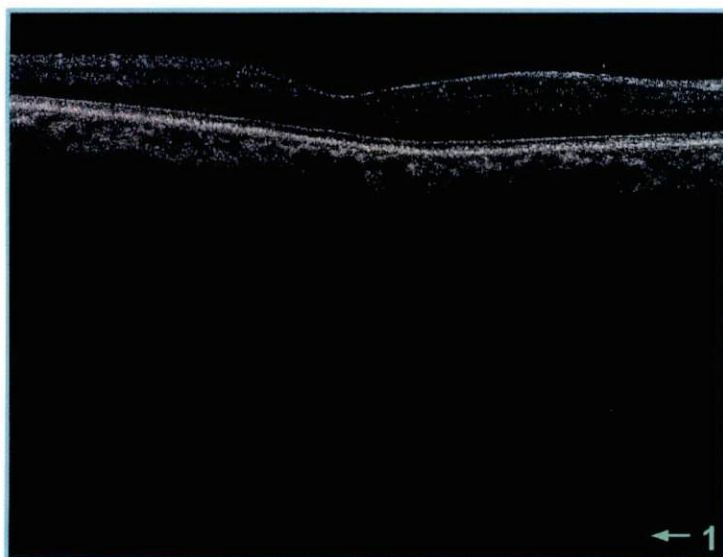
Image Quality : **45** mode : Fine(2.0.0)  
Capture Date : 26/11/2021

Retinal thickness map ILM - RPE / Red-free



Retinal thickness ILM - RPE (μm)

ETDRS

Average Thickness (μm) **241,4**

Comments :

CLINIQUE L'AEROPORT

Signature :

Date :

394,AV GAMASSA Marrakech

Phone 0529803803



