

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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'Horloger
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (13) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 057383

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1786 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BAHLOURI Khadija

Date de naissance : 14/07/53

Adresse : 4 Rue Mohamed ELHAYANI

France Ville 2 CASABLANCA

Tél : 0662014292 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAILA LAAROUSSE
Ophtalmologue
119, Bd Abdelmoumen 1er Etage
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 22 78 18
Email : cablaarousse@gmail.com

Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : BAHLOURI KHADIJA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Correction optique

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 : 01/12/2021

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
01/12/2021	C.S.	✓	3000DH	DR. LAILA LABROUSSE Ophtalmologue 19, Bd. Abdelmoumen 1er Etage Casablanca - Tél/Fax : 05 22 11 13 13 E-mail : labrousse@gn.ac.ma

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
CLINIQUE VAL D'AROUSSE CARLANT IMPLANT VISION DR. LABROUSSE Ophtalmologue 19, Bd. Abdelmoumen 1er Etage Casablanca - Tél/Fax : 05 22 11 13 13 E-mail : labrousse@gn.ac.ma	1 DEC 2021	K80 ANG 28	EC - 500 DH HR - 700 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila LAAROUSSI

Ophtalmologue



الدكتورة ليلي لعروصي

إختصاصية في طب وجراحة العيون

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - Voies lacrymales
- Echographie - Angiographie - Laser
- Correction optique (LASIK)
- Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايذك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لخصة السياقة

01/12/2021

BAHLLOURI KHADIGA -

Angiographie 2

fluorescein on

CLINIQUE VAL D'ANFA
CASABLANCA IMPLANT VISION
Tél: 0522 95 00 58 - Fax: 0522 39 10 11

Dr. Laila LAAROUSSI

Ophtalmologue

119, Bd. Abdelmoumen 1er Etage N° 7

Casablanca - Tél./Fax: 05 22 47 16 78

E-mail : cablaaroussi@gmail.com

CLINIQUE VAL D'ANFA

BAHLOURIK KHADIJA		FACTURE N° 1079/2020	
DATE	Designation	Montant	
21/12/2021	ANGIOGRAPHIE	FC	500
		HM	700
		TOTAL	1 200

La présente facture est acquitée à la somme de MILLE DEUX CENT DIRHAMS

CLINIQUE VAL D'ANFA
CASABLANCA IMPLANT VISION
Tél: 0522 95 00 58 - Fax: 0522 39 10 11

DR. LAÏLA AAROUSSI
119, Boulevard Moulay Rachid (Ex Franklin Roosevelt), 1er Etage N°7
Casablanca - Maroc
Tél: 0522 95 00 58 - Fax: 0522 39 10 11
E-mail: casablanca@vald'anfa.com



- Chirurgie de la cataracte (phako)
 - Strabisme - Glaucome - Voies lacrymales
 - Echographie - Angiographie - Laser
 - Correction optique (LASIK)
 - Médecin agréé pour la visite Médicale de Permis de Conduire
- Date : 23/12 /21

- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة
- علاج الشبكة المصابة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايذك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لخصة السياقة

Patient : BAHLOURI KHADIJA

**ANGIOGRAPHIE RETINIENNE NUMERISEE A LA
FLUORESCEINE**

ŒIL DROIT/ŒIL GAUCHE :

- Points d'hyper fluorescence sans diffusion tardive ODG en péri papillaire.
- rétinopathie diabétique non proliférante ODG sans neovaisseaux rétiniens

Conclusion : Examen à confronter avec les donnés cliniques.

(Handwritten signature and stamp of Dr. Laila Laaroussi)
DR. LAILA LAAROUSSI
Ophtalmologue
119, Bd. Abdelmoumen, 1er étage, n° 7 - Casablanca
Tél : 05 22 47 16 78 - Fax : 05 22 47 16 78
E-mail : cablaaroussi@gmail.com



