

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 057383

97651

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 El HAYANI

France ville 2 CASABLANCA

Tél. : 0662014292 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. LAILA LAAROUSSI
Ophthalmologie
119, Bd Abdelmoumen 1er étage
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 77 83
Email : cab'aurooussi@jmi.aui.com

Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : BAHLOURI KHADJA 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) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/02/2024 | Consultation | ✓ | 3000DH | DR. LAILA LARHIDI Ophthalmologue 16, Bd. Abdelmoumen 1er Etage Casablanca - Tél/Fax : 05 22 12 45 51 E-mail : larhidi.laila@wanadoo.fr |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|-------------|------------------------------|----------------------------|
| INIQUE VAL D'AMOSSI CARLSON IMPLANT VISION BRI-LAB - 06 05 22 39 10 19, Bd. Abdelmoumen Yerid Branca - Tél/Fax : 05 22 47 57 00 e-mail : brilab@wanadoo.fr | 1 DEC. 2021 | K80 ANG 70 | FC = 500 DH HR = 400 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|---|----------------------------------|------------------|---|
| | | | * | COEFFICIENT DES TRAVAUX [Form field] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [Form field] |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION [Form field] |
| | | | | FIN D'EXECUTION [Form field] |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | 25533412 00000000 35533411 | 21433552 00000000 11433553 | H D G B | COEFFICIENT DES TRAVAUX [Form field] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [Form field] |
| | | | | DATE DU DEVIS [Form field] |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION [Form field] |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Laila LAAROUSSI

Ophtalmologue



الدكتورة ليلي لعروسي

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 بالسكرى بالليزر
- تصحيح البصر لايتك
- طبيبة معتمدة للفحص الطبي
- لرخصة السياقة

٥٨١٨٢١ ٢٠٢٤

BAHLOURI KHADIGA -

Angiographie 2

fluorescine OM

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

Dr. Laila LAAROUSSI

Ophtalmologue

119, Bd. Abdelmoumen 1^{er} Etage N° 7

Casablanca - Tél./Fax: 05 22 47 16 78

E-mail : cablaaroussi@gmail.com

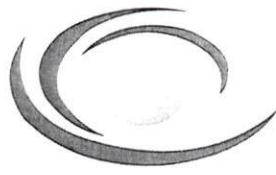
CLINIQUE VAL D'ANFA

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

La présente facture est acquittée 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





- 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 المصادبة بالسكري بالليزر
- تصحيح البصر لايتك
- طبية معتمدة للفحص الطبي
- لرخصة السياقة

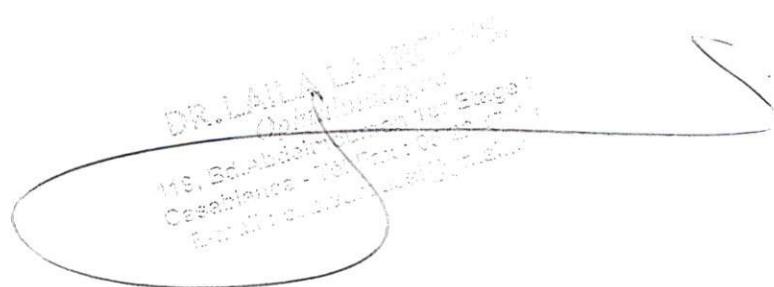
Patient : BAHLOURI KHADIJA

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 données cliniques.

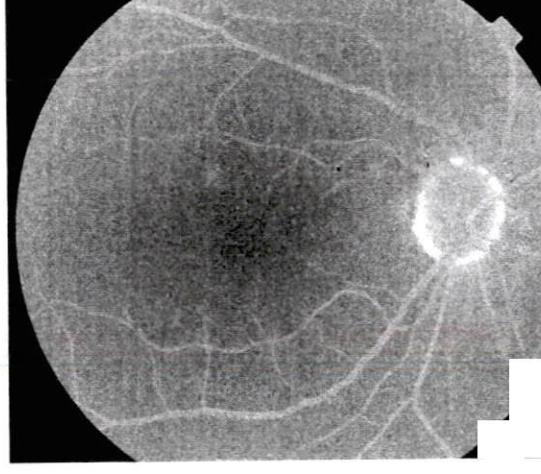
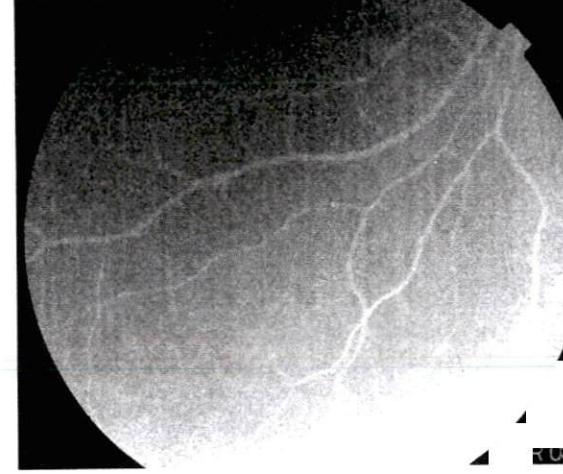
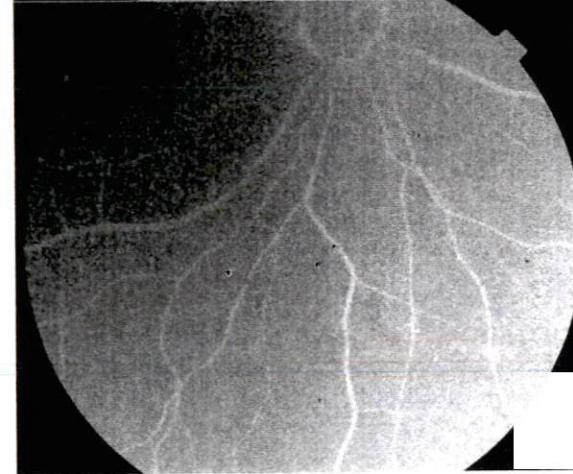
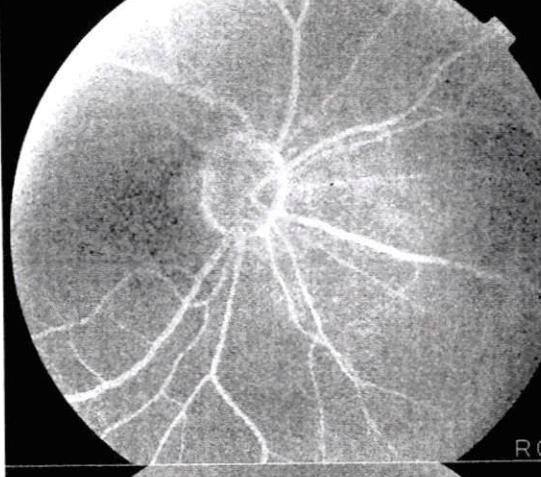
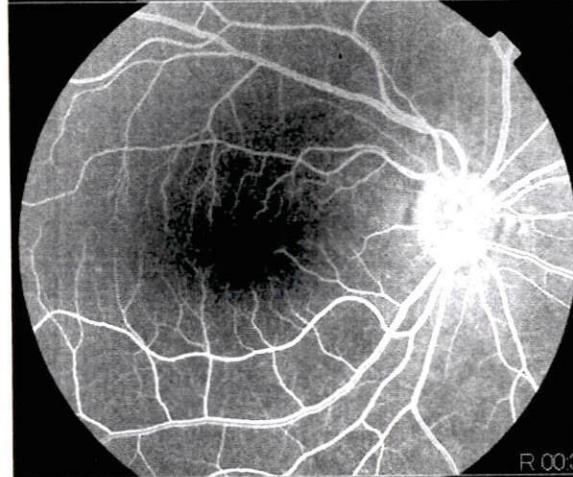
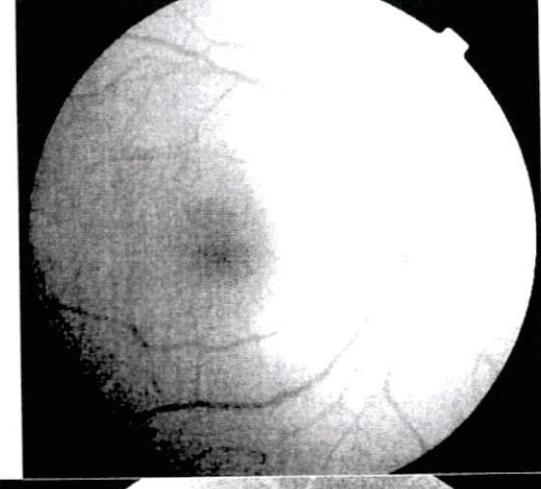
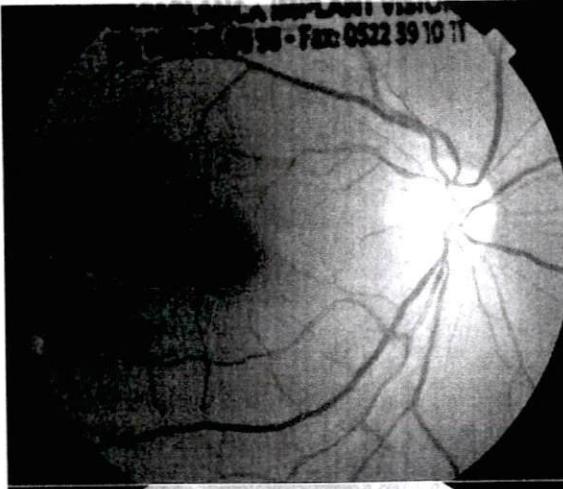


Patient ID:664

Nom du patient: BAHLOURI, NOKHADIA D'ANFA
IMPLANT VISION
T: 0322 39 10 11

Dr L. LAAROUSSI

Date:21-12-2021



Patient ID:664

Nom du patient: BAHLOURI KHADIA DR L. LAAROUSSI

Date:21-12-2021

