

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



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

Déclaration de Maladie

M23-0019090

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1578 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHAMLI CH Khadija

Date de naissance : 1-1-217

Adresse : R. Hassan Naouza

Tél. : 06 61 18 17 61 Total des frais engagés : 1200 / 589,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Khamli Ch Khadija Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Casa


Le : 7 / 9 / 23

Signature de l'adhérent(e) : Y. Khannak


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
07/09/23	cs		Ca	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/9/23	589,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/9/23	oct	1200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

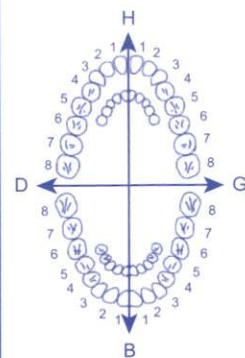
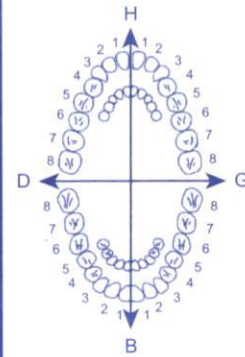
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



صحة العيون
لدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact



81501

Casablanca le :

07 septembre 2023

KHAMLICHI Khadija

99,80 199,60
OLAMID x2

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

91,50
ALPHAGAN 0.2 %

2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 6 Mois

109,00 218
80,10
HYE 0.4% x2

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

XYZALL (Lévocabétirizine) 5mg/cp bte. de 28

1 comprimé le soir, pendant 3 Mois

PHARMACIE RADIA
EQ 3 Zone d'Azemour
Dar Bouazza - Casablanca

Dr A. BENKIRANE
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons Oasis - Casa
Tél. : 05.22.25.71.71 (SLG) - Fax : 05.22.25.11.15
INPE : 091023432

589,30
Urgence 24/24



6 11800 021599

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**



صحة العيون
للدرار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 29/11/23

BON DE REGLEMENT

Reçu de M. K.A.A. A. L. I. C. H. I. - K. A. A. M. J. A

La somme de : **Mille deux cent Dirhams**
1200 DHS

FC 500
HM 700
Pour : **OCT**

Cachet et signature

Urgence 24/24

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



صحة العيون
للدكتور البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 07/09/23

COMPTE RENDU TOMOGRAPHIE A COHERENCE OPTIQUE

Nom et prénom : Khamlichi Khadija

Date de naissance/ Age :

Signal OCT :

OCT maculaire :

- Œil droit :
 - Epithélium pigmentaire : Remanié
 - Neovaisseaux choroidiens : Absents
 - Interface is/os : Perturbée
 - Traction vitréo-rétinienne : Absente
 - Mapping central : μm

- Œil gauche :
 - Epithélium pigmentaire : Remanié
 - Neovaisseaux choroidiens : Absents
 - Interface is/os : Perturbée
 - Traction vitréo-rétinienne : Absente
 - Mapping central : $23 \mu m$

CONCLUSION :

Dr A. BENKIRANE
Ophtalmologiste
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 (9 L.) - Fax : 0522 25 11 15
INPE : 091023432

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 00207719900007

Radial Report

Triton plus (Ver.10.19)

Print Date : 07/09/2023 **TOPCON**

ID : 73487

Ethnicity :

Technician :

Name : KHADIJA KHAMLICH

Gender : Female

Fixation : OS(L) Macula

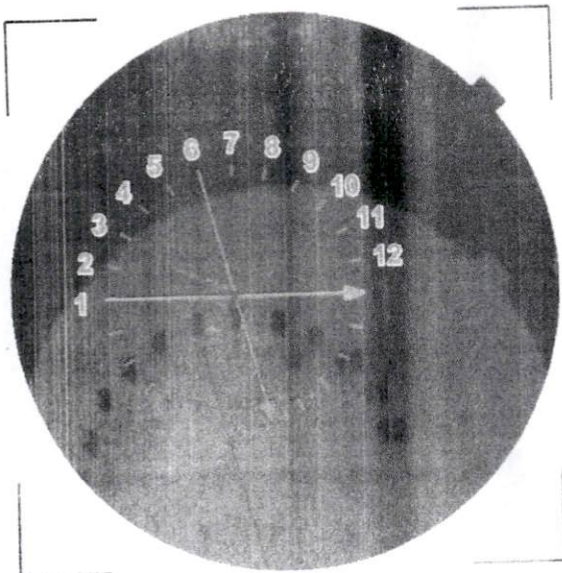
DOB : 01/01/1947

Age : 76

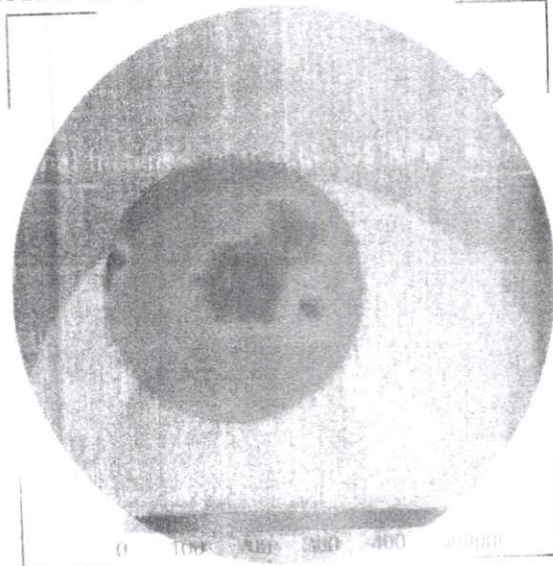
Scan : Radial(6.0mm - 1024 x 128)

OS(L)

TopQ Image Quality: **84** mode: Fine(2.0.7)
Capture Date: 07/09/2023 O.E.M.:1.008x



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



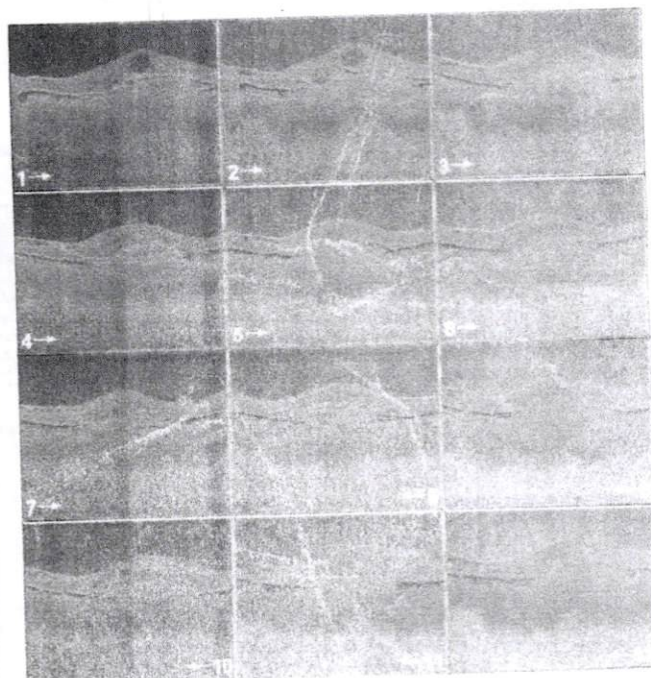
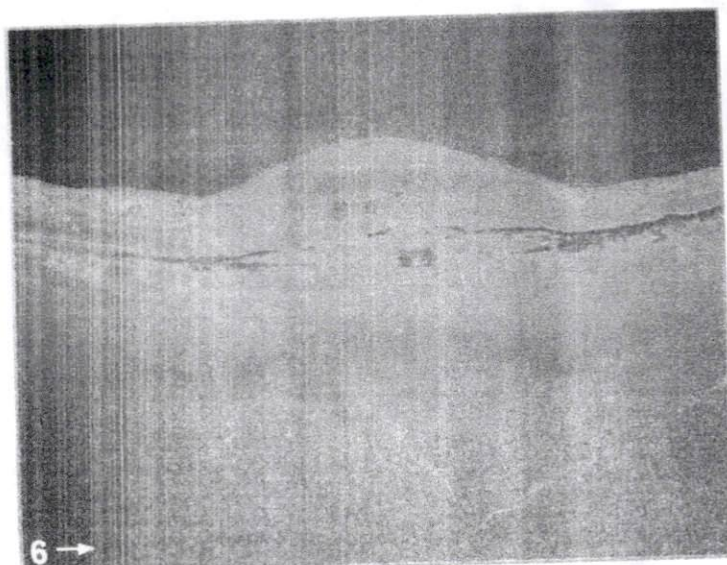
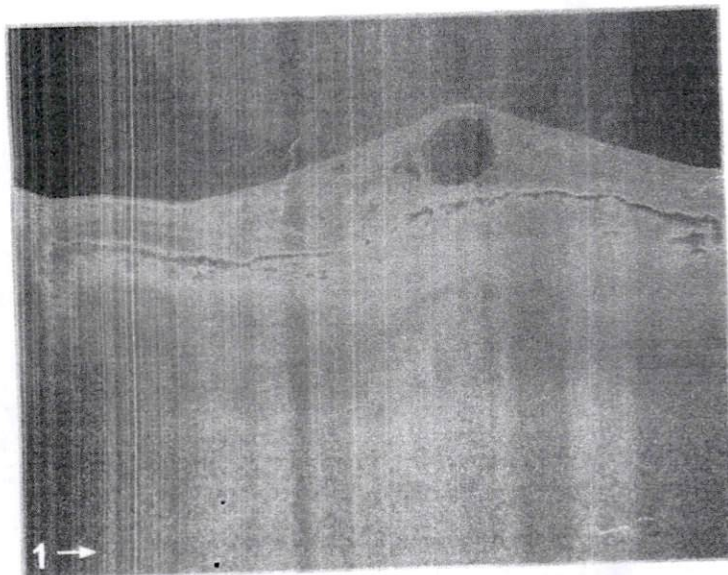
Retinal thickness ILM - OS/RPE (μm)

CTDS



Average Thickness (μm)

295.5



Signature :

Date:

Comments :

Line Report

Triton plus(Ver.10.19)

Print Date : 07/09/2023 **TOPCON**

ID : 73487

Ethnicity:

Technician

Name:KHADIJA KHAMLICH

Gender : Female

Fixation : OD(R) Macula

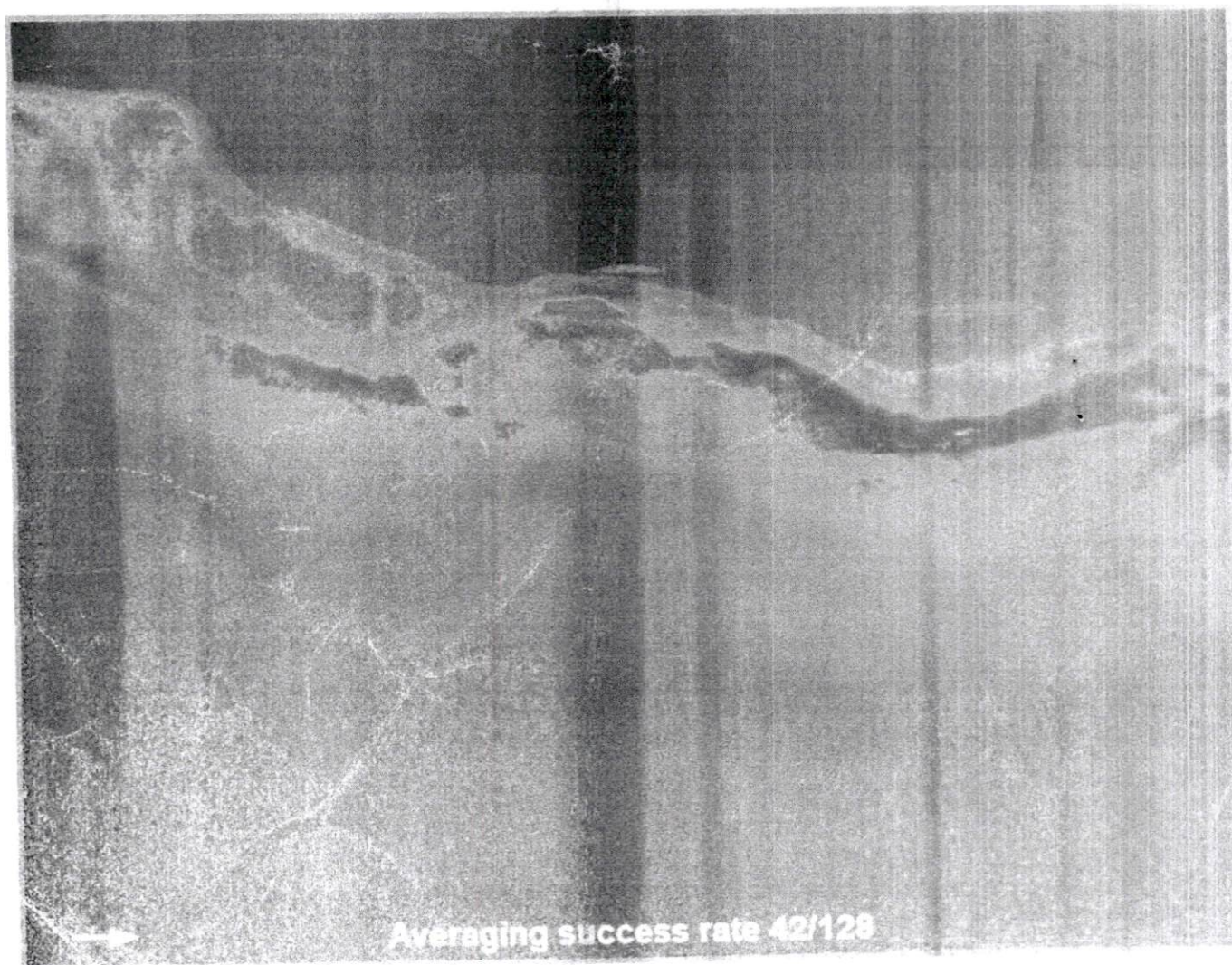
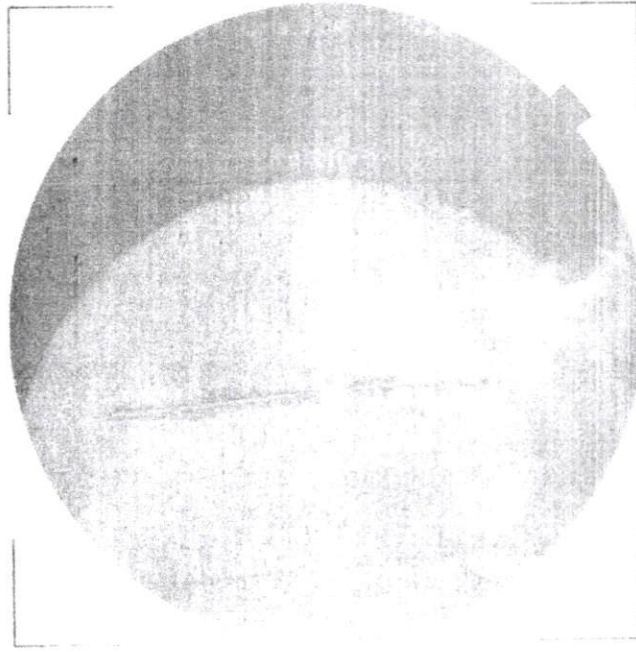
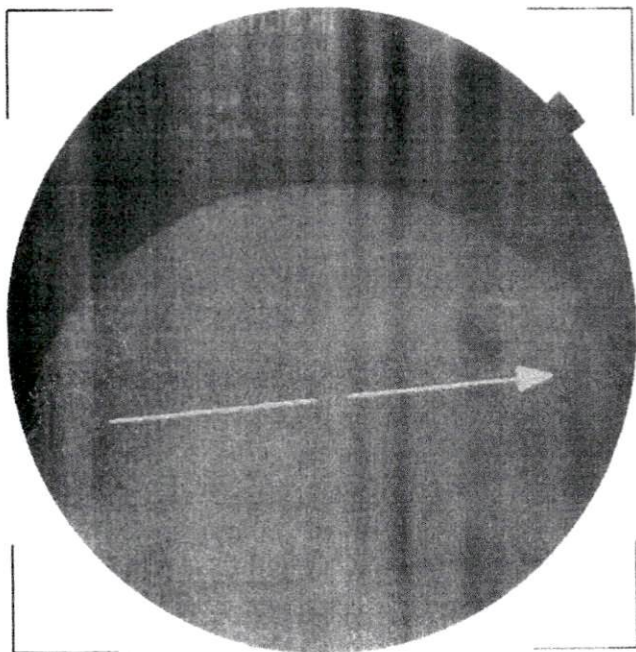
DOB : 01/01/1947 Age : 76 Scan : Line(9.0mm - 1024)

OD(R)

TopQ Image Quality: **81** mode: Fine(2.0.7)

Capture Date: 07/09/2023 O.E.M:1.008x

Red-free



Averaging success rate 42/128

Comments

Signature

Date

Line Report

Triton plus (Ver.10.19)

Print Date : 07/09/2023 TOPCON

ID : 73487

Ethnicity :

Technician :

Gender : Female

Fixation : OS(L) Macula

Name : KHADIJA KHAMLICH

DOB : 01/01/1947

Age : 76

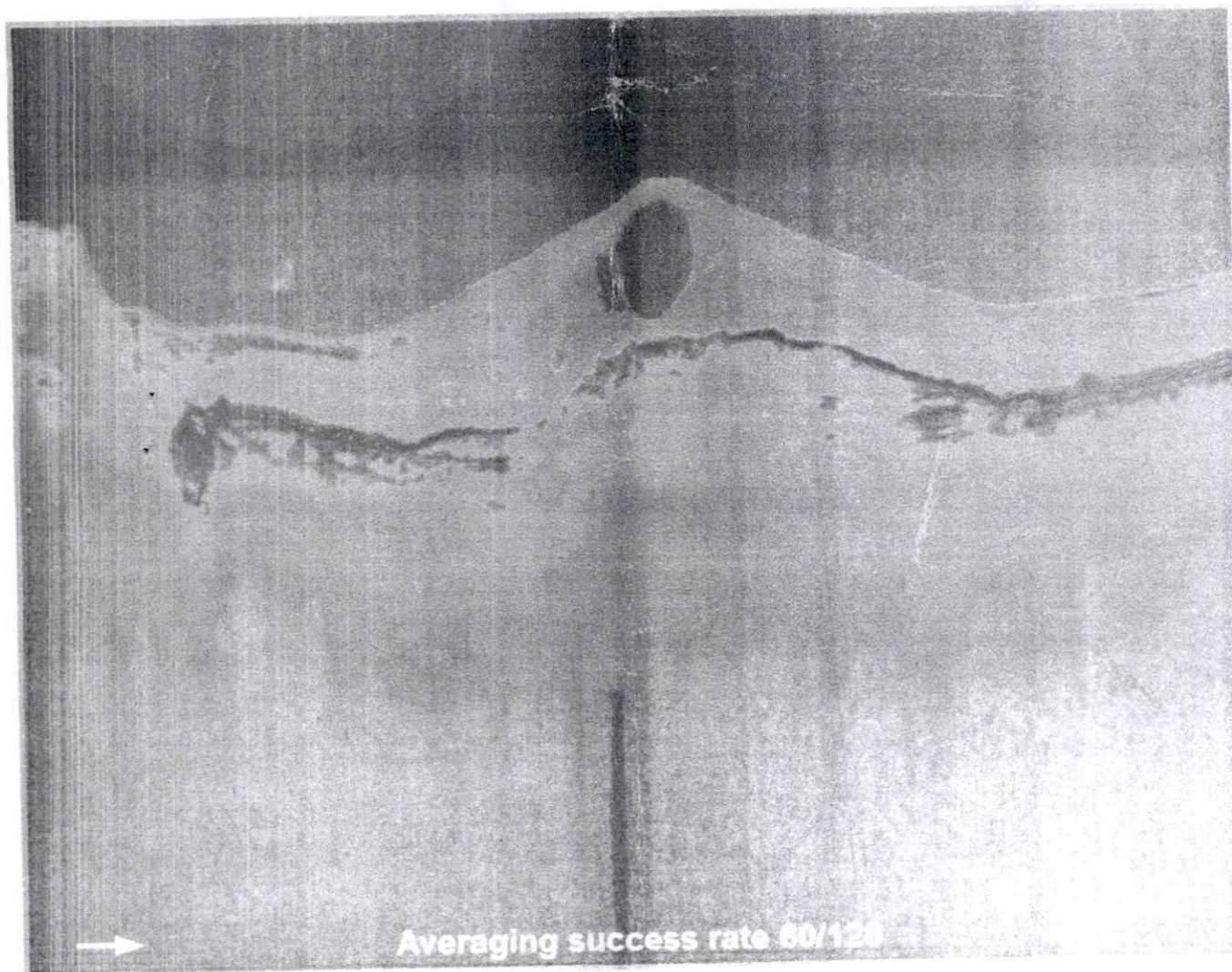
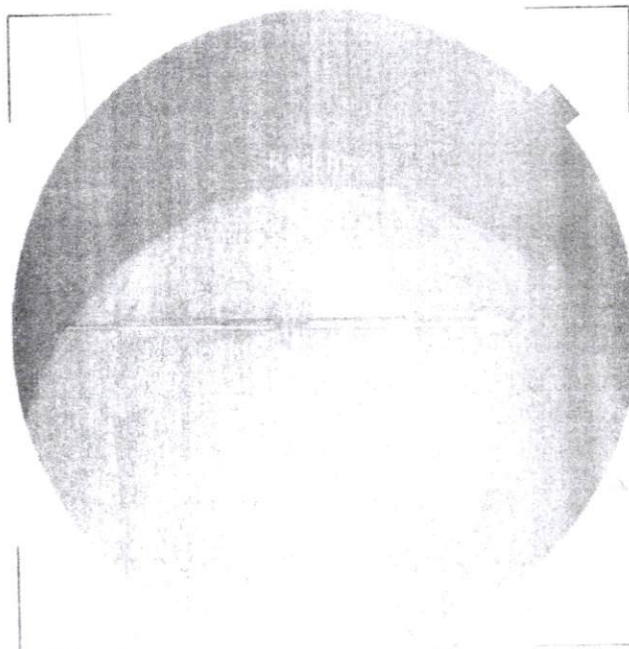
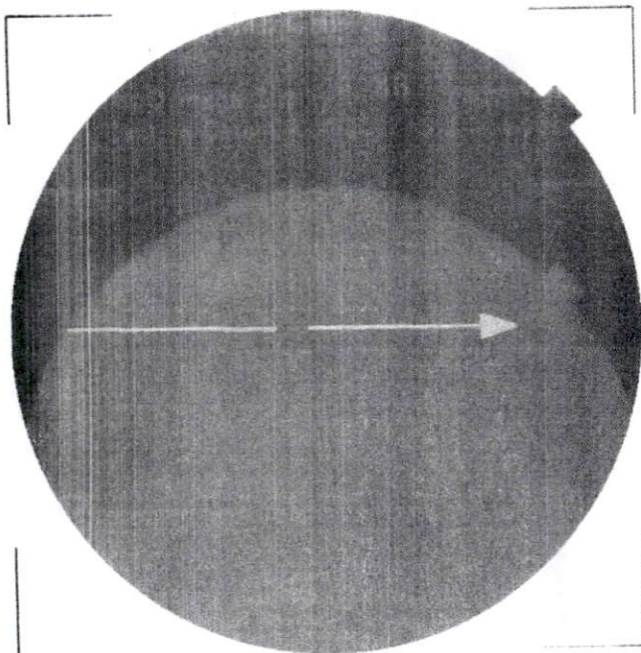
Scan : Line(9.0mm - 1024)

OS(L)

TopQ Image Quality: 86 mode: Fine(2.0.7)

Capture Date: 07/09/2023 O.E.M:1.008x

Red-free



Comments :

Signature :

Date :

Line Report

Triton plus (Ver.10.19)

Print Date: 07/09/2023 **TOPCON**

ID : 73487

Ethnicity:

Technician :

Gender : Female

Fixation : OD(R) Macula

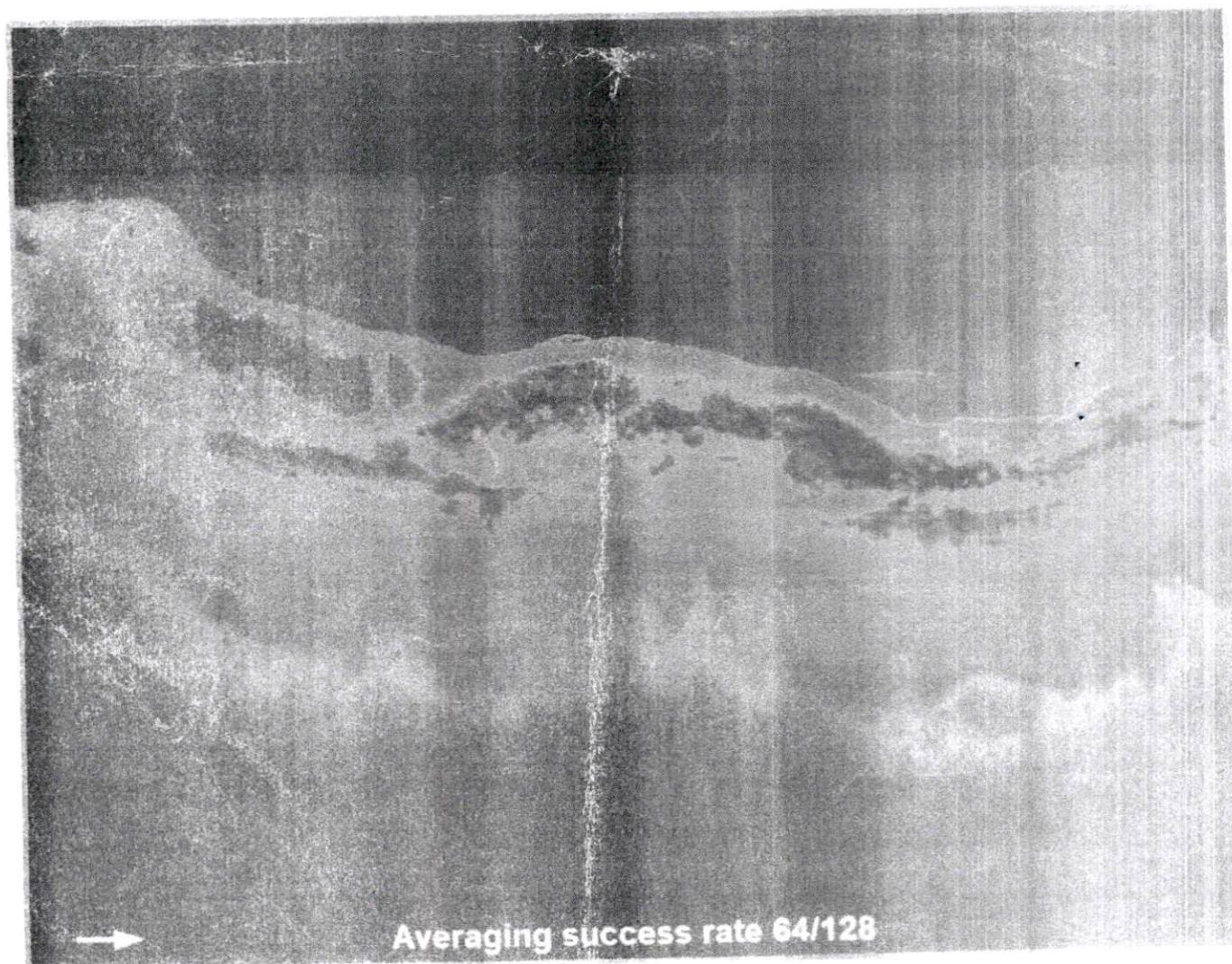
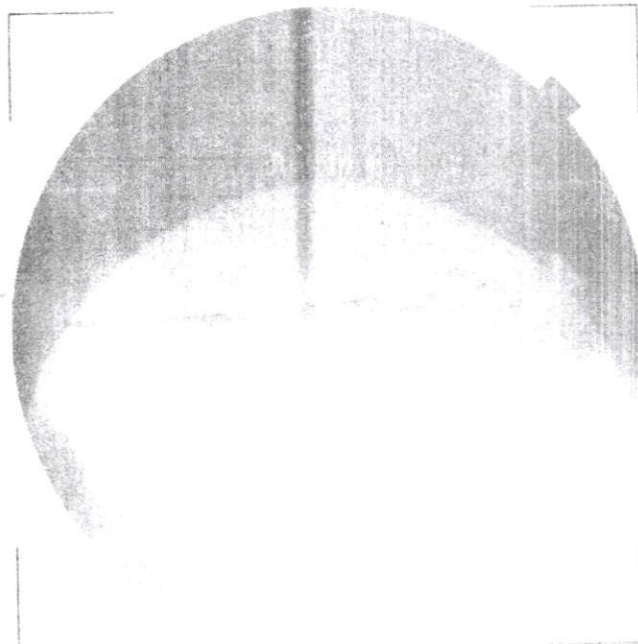
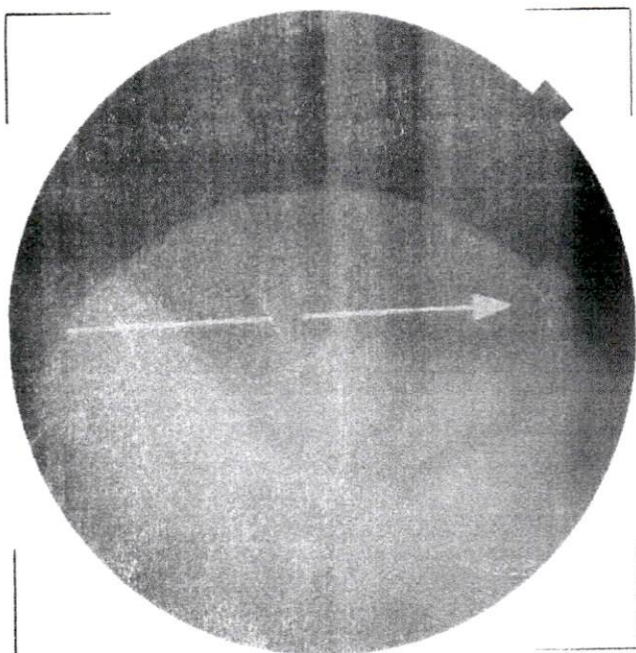
Name: KHADIJA KHAM LICH

DOB : 01/01/1947 Age : 75 Scan : Line(9.0mm) 1024

OD(R)

TopQ Image Quality **91** mode: Fine(2.0.7)
Capture Date: 07/09/2023 O.E.M. 1.008x

Red-free



Comments

Signature

Date