

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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

Dos n°
11155

N° W19-497138

DA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8741 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAAFAH SI ELHASSANE

Date de naissance : 26/11/67

Adresse :

Tél. : 061456897 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie :

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 : le : / /

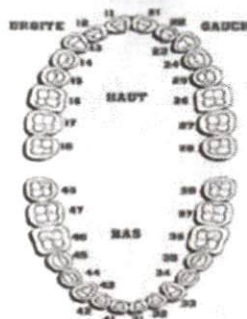
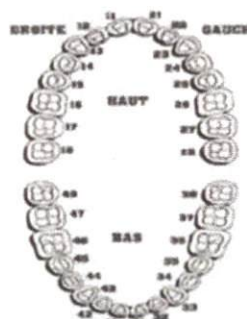
Signature de l'adhérent(e) :



 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		FEUILLE DE SOIN N° W		DATE DE DEPOT	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT					
NOM & Prénom : JAFAAR SELHASSANE		Téléphone : 0667476872		Signature de l'adhérent :	
Fonction : CDG		Matricule : 8741		Mail :	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT					
NOM & Prénom du patient : JAFAAR YASHINE		Age :		Date de la première visite : 28 OCT. 2019	
Nature de la maladie : Visite de contrôle		Adhèrent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒		Signature du médecin traitant : Dr. BAH/IDRISSI Spécialité : Ophthalmologiste INPE : 097033100	
Sagit-il d'un accident : Causes et circonstances :					
RELEVÉ DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN					
Dates des actes		Nature des actes		Montant détaillé des Honoraires	
28 OCT. 2019		CST		3000	
28 OCT. 2019		CST		3000	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Dates		Montant de la facture			
		1500			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Dates		Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Dates		Montant détaillé des Honoraires			
24/10/19		300 DHA			

SBIOUT OPTICAL STORE
 Opticienne - Op. orthoptiste
 Ang. Rue Ahmed Charci et Bd Bourgoigne
 Rés. Anfa n°123 Casa - Tél 0522 39 99 81

SBIOUT OPTICAL STORE
 Opticienne - Op. orthoptiste
 Ang. Rue Ahmed Charci et Bd Bourgoigne
 Rés. Anfa n°123 Casa - Tél 0522 39 99 81

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture. Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux												
				Montant des soins : Début d'exécution : Fin d'exécution :												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux													
	<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>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	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Montant des soins : Date du devis : Fin de l'exécution :	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														
VOLET ADHERENT																
NOM du Patient :			DECLARATION N°													
			W													
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes													
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois													

Cachet MUPRAS

CASA Le 04/11/19

SBIQUI OPTICAL STORE

Opticienne - Optométriste

Rue Ahmed Charci et Bd Bourgoyne

Rés. Anta n°123 Casa - Tél 0522 39 99 81

Facture N° 39/2019

M: Enfat, SAFAAR

Y2 mine

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
2	Monture optique.	500,-	500,-
2	Verre correcteur Anti-reflet	500,-	1000,-
Total:		1500,-	1500,-
Arrêtée la présente facture à la somme de mille cinq cents dinars.			
SBIQUI OPTICAL STORE Opticienne - Optométriste Ang. Rue Ahmed Charci et Bd Bourgoyne Rés. Anta n°123 Casa - Tél 0522 39 99 81			
Patente n° 135600542 RC n° 409488 ICEN n° 1005564000062			

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le 28 octobre 2019

Enf. JAAFAR Yasmine

Monture pour enfant + verres correcteurs

Antireflets

OD = + 0.75

OG = + 0.75

EIP 53 mm

SBAI OPTICAL STORE
Opticienne - Optométriste
Ang. Rue Ahmed Chahar Ben Bougrine
Rés. Anfa n°123 Casa - Tél 0522 39 99 81

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophtalmologiste
84, Bd My. Driss 1er - Tél: 05 22 86 06 06
INPE: 091033100

LAF	RAS	RAS	
FO	papille , macula et Vx d'aspect normal	papille , macula et Vx d'aspect normal	
Réf.SKIA+	+ 1.00 K1 = (43.75D 7.70MM 5°) K2 = (44.50D 7.60MM 95°) CYL = (- 0.75D 5°)	+ 1.00 K1 = (43.75D 7.70MM 171°) K2 = (44.25D 7.60MM 81°) CYL = (- 0.50D 171°)	PD = 54.0
Examens Compl.	Bilan orthoptique + essai		

Dr. Dalila SBAI IDRISSE
Ophtalmologiste
84, Bd My. Driss 1er - Tel : 05 22 86 06 06
INPE : 091033100

Mme SERAJ Hanane Ep. FILAU
Centre Orthoptique - Oculophtalmologiste
84, Bd My. Driss 1er - Casablanca
Tel : 05 22 86 06 06 - Fax : 05 22 86 06 06
INPE : 091033100

Docteur Dalila SBAI IDRISSE

Ophthalmologiste

Echographie - Pachymétrie - Angiographie - Topographie

Laser - Lentilles de contact

Phacoémulsification - Strabologie

Chirurgie réfractive

الدكتورة دليلة السباعي الإدريسي

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي

الليزر - الحول - تقويم الرؤية بالليزر

Casablanca, le

24/10/2019



Patient : **Enf. JAAFAR Yasmine**

Mutuelle :

Age : 7 ans

PT1905158563

Tél : 0671214677

Facteurs de risques :

Antécédents Opht. :

Historique des consultations

Consultation du :

Motif Cs	Deuxieme avis		
Oculo Motricité	Exophorie-tropie alternante	Exophorie-tropie alternante	
Réf.SKIA-	+ 0.50 K1 = (43.75D 7.70MM 5°) K2 = (44.50D 7.60MM 95°) CYL = (- 0.75D 5°)	+ 0.50 K1 = (43.75D 7.70MM 171°) K2 = (44.25D 7.60MM 81°) CYL = (- 0.50D 171°)	PD = 54.0
CO Finale	9 à 10/10 difficile Plan	10/10 Plan	PD = 54.0

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONROVIA CASABLANCA Le 24/10/2019

BILAN ORTHOPTIQUE

Cher Docteur,

L'examen de l'enfant JAAFAR YASMINE (7 ans) montre les éléments suivants :

INTERROGATOIRE

Pas de motif de consultation.

ACUITE VISUELLE

Correction avant skia (1): ODG = +0.50

Correction après skia (2): ODG = +1.00

Correction intermédiaire (3): ODG = +0.75

VL S/C et A/C OD	10/10	VP S/C et A/C OD	P2
VL S/C et A/C OG	10/10	VP S/C et A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE(en Dioptries)

VL S/ C et A/C : X = 4

VP S/C et A/C : X'X'T → X'T = 18

Baguette de Maddox:

VL S/C et A/C: X = 2

VP S/C et A/C: X' = 16

RDC: très moyen, l'OG lâche

Motilité oculaire: Normale

Amplitude de fusion:

C10R8 D8R6

C'20R18 D'10R8

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge: Fusion

Worth: Fusion

Vision stéréoscopique: positive

Synoptophore:

S/C et A/C: AO = AS = 0

1°/ 20R10

CONCLUSION

Exophorie en VL, Exophorie-tropie en VP.

Sur le plan visuel : Iso acuité visuelle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

Faible amplitude de fusion, l'OG lâche.

Je propose le port de cette correction optique (3): ODG = +0.75

Je propose de faire des séances de rééducation orthoptique.

Bien à vous

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Res. Walili - Casa
Tél.: 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 24/10/2019

ICE : 00180477700038

TP : 34309939

IF : 41909940

FACTURE

Nom et Prénom : JAAFAR YASMINE

Examen : BILAN ORTHOPTIQUE

Prix : 300 DH

MONTANT : (TROIS CENT DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen, Res. Walili - Casa
Tel.: 05 22 25 26 26 - GSM : 06 61 63 34 26