

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

N° W21-784402

146680

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8072

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HANAEI BISSAM

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661210764

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ABATIL RADDANE

Age :

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) :

26/01/23

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

<p>الضمان الاجتماعي CNS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري</p> <p>Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>مرجع رقم 610-1-03</p>
	<p>موافقة مسبقة *</p> <p>Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ *</p> <p>Exécution *</p>	<p>Ref. : ANAM 1202.01</p>	

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ABATAL RADWANE : الاسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 11104731031 : رقم التسجيل :
 N° CIN : B2051221 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *
 Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
 Adresse : BOJJA BAYROUNI - Rue Ibnou TAMR - Bourgogne : العنوان :
 Montant des frais : درهم : مبلغ المصاريف :
 Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ABATAL RADWANE : الاسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : 1111111111 : تاريخ الإزدياد :
 N° CIN : 1111111111 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe * : M ذكر ☒ F أنثى ☐ : الجنس :
 INPE et code à barres ** : الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

<p>Médecin traitant</p> <p>الطبيب المعالج</p> <p><u>1111111111</u></p>	<p>Etablissement de soins</p> <p>المؤسسة العلاجية</p> <p><u>1111111111</u></p>
--	--

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : 1201531189 : قبول المرض المزمن * :
 N° dossier ALD : 1201531189 : رقم ملف المرض المزمن :
 Code ALD : 1201531189 : رمز المرض المزمن :
 Maladie * ☐ مرض Hospitalisation * ☐ استشفاء *

<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Fait à : <u>.....</u> : ب : Le : <u>1111111111</u> : في : توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)</p>	<p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Fait à : <u>.....</u> : ب : Le : <u>1111111111</u> : في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
--	---

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins), ainsi que le code à barres.

080 200 7200 / 080 203 3333 : الهاتف
 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف
 دار المؤمن - ساحة دكاك - الدار البيضاء ص. ب. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie							عمليات الإحياء، الأشعة و الصور
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes			معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP/NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _							

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

DÉTAIL AMO

×

Numéro de dossier	Montant Remboursé (MAD)	Situation	Date de situation	Motif	Mode de paiement
89368095	430.5	Payé	14/11/2022		Virement assuré

Fermer

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميرة الأزرق براجدة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب بمونبيلي
حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين
عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون
رئيسة مصلحة طب العيون
بمستشفى سيدي الصوفي سابقا

Casablanca, le

16/03/2022

T Abatale Re Adonane

79,3

Pure

17/10

3

T 79,3

Dr. Samira LAZRAK
OPHTHALMOLOGISTE
175, Rue Boukrâa - Casablanca
Tél.: 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89

175, Zénfke Boukrâa (Zénfke Joul Mourou Koufifi Sâbiqa) إقامة حسام جاسم الطابق الثاني - شقة رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 36 86 - الفاكس : 05 22 48 36 89

175, Rue Boukrâa (Ex. Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim - 2^{ème} Etage
Appt N° 6 (en face de l'Hôpital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél.: 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89
E-mail : drsamiralazrak@gmail.com

**Pure**refreshing eye drops
10 ml bottle

LOT

PPC
DHS0171221
2024 12
79,00**FARMIGEA****Description**

The refreshing, soothing and calming qualities of Camomile, Funhrasv. Witch-

Docteur Samira LAZRAK BERRADA

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des yeux
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Montpellier
Strabisme - Laser - Angiographie
Membre Titulaire
de la Société Française d'Ophtalmologie
Ex. Chef de service d'Ophtalmologie
à l'Hôpital Sidi Soufi - Casablanca



الدكتورة سميرة الأزرق براجدة

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون
خريجة كلية الطب بمونبيلي
حول العين - أشعة الليزر - تصوير شبكة العين
عضو دائم بالجمعية الفرنسية للعيون
رئيسة مصلحة طب العيون
بمستشفى سيدي الصوفي سابقا

*Propriété
Amir*

Casablanca, le

16/03/2022

Abatale Reouane

Left VL

OS + 0,75

OS + 0,75

Left VS

AS =

OS + 2,25

ALLEN OPTIQUE SARL
Opticien Optométriste Ophtalmologue
Rég. El Path n° 4
Boulogne Casa - Tél 05 22 22 22 05

175, Zénfè Boukrâa (Zénfè Boul Mouroou Moukrouf) إقامة خديجة جاسم - الطابق الثاني - شقة رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 48 36 86 - الفاكس : 05 22 48 36 89

175, Rue Boukrâa (Ex. Rue Jules Maurant et Cuvier) - Rés. Houssam Jassim - 2^{ème} Etage
Appt N° 6 (en face de l'Hopital Sidi Soufi) - Casablanca - Tél.: 05 22 48 36 86 - Fax : 05 22 48 36 89
E-mail : drsamiralazrak@gmail.com



M. REDOUANE ABATÁL

FACTURE N° : F111581

Date : 24/09/2022

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	TV.
2	VER	verres progressifs organique antireflet	500.00		1000.00	20.
1		monture optique	500.00		500.00	20.

Corrections :

VL D. Sph: +0.75 Cyl: -0.25 Axe: 165° Add: +2.50

VL G. Sph: +0.75 Add: +2.50

VP D. Sph: +3.25 Cyl: -0.25

VP G. Sph: +3.25

[Signature]
Fais 111 Beyrouth Rén. 06.04.17
Beyrouth de Casa - Tél 05 22 36 29 05

Paielements

Acomptes	0.00
Tiers payant	0.00
Montant total payé :	0.00
Solde :	1500.00

Totaux

Total hors TVA :	1250.00 DI
Montant TVA :	250.00 DI
Total TTC :	1500.00 DI