

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0052925

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bendaoud Khaled
Date de naissance : 22 11 1974
Adresse :
Tél. 0662 12 5858 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 28 / 12 / 2022
Nom et prénom du malade : BENDAOU MOHAMMEDTAHA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : affection oculaire
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 : Casablanca Le : 28 / 12 / 2022
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
28/12/22	C.S.		200	

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
	28/12/22	OCT	700 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<div><div>BOUSFIHA</div><div>OPTIQUE</div><div>Mars Incha Aïn Chock</div><div>Casablanca</div><div>Tél: 0522.50.69.26</div></div>	28/12/22				1300	<div><div>BOUSFIHA</div><div>OPTIQUE</div><div>Mars Incha Aïn Chock</div><div>Casablanca</div><div>Tél: 0522.50.69.26</div></div>

RELEVÉ 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 canaux, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

28 décembre 2022

Le : في

Enf. BENDAOU Mohamed Taha

Monture + verres correcteurs

Antireflets, Amincis

OD = + 1.00 (- 0.25 à 65°)

OG = + 0.75 (- 1.25 à 130°)

BOUSFIHA
OPTIQUE
810 Bd 2 Mars, 1 Ain Chock
Casablanca
Tél: 0522.50.69.26

Dr. Merieme Zryouil
Ophtalmologue
52, Bd El Khalil - Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock
Tél: 05 22 52 38 42

0677072332

64

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

28 décembre 2022

Le : في

Enf. BENDAOU Mohamed Taha

OCT papillaire +maculaire

- Flou visuel à gauche.
- Av 10/10 f.
- Diminution du Reflet Maculaire

52, Bd El Khalil - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42
Dr. Merieme Zryouil
Ophtalmologue

CLINIQUE AL MADINA
FACULTÉ
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 00 à 49 (L-G)
Fax: 05 22 77 77 01

FRAIS

CUNIHUES

500



FACTURE

263

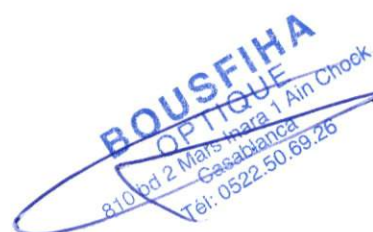
CLIENT(E) : BENDAOUD MOHAMED TAHA

DATE :28/12/2022

PRODUITS					QUANTITE	PRIX U TTC	TOTAL TTC
MONTURE OPTIQUE					1	300	300
VERRE ORGANIQUE					2	500	1000
AR BLEU							
	S	C	A	AD			
OD	+1.00	-0.25	65				
OG	+0.75	-1.25	130				
-----					-----	TOTAL TTC	1300

Mode de paiement : en espèces.

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE TROIS CENTS
DHS TTC



CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 25612 / 2022 du 28/12/2022

Nom patient **BENDAOUD MOHAMED TAHA**
PAYANT

Entrée 28/12/2022

Sortie 28/12/2022

OCT

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		700,00	700,00
			Sous-Total	700,00
Total Clinique				700,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SEPT CENTS DIRHAMS

Total 700,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Facturation
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tel : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 26 00 01

Dr. Merieme ZRYOUIL

**Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



الدكتورة مريم ازرويل

**اختصاصية أمراض
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء (جلاله) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

في : 28 / 12 / 2022

Bendaoud Mohamed TAKA

Compte Rendu d'OCT papillaire

- œil droit

C/d = 0,13

RNFL épaisseur Conecte.

- œil Gauche :

C/d = 0,17

RNFL épaisseur Conecte.

Dr. ZRYOUIL Merieme
Ophtalmologue
52, Bd El Khalil Hay M
Abdellah - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com

Compte Rendu d'OCT maculaire

œil droit

- Epaisseur Maculaire Centrale 252 μ .
- présence d'un décollement postérieur du vitré

œil Gauche

- Epaisseur Maculaire Centrale 253 μ .
- présence d'un décollement postérieur du vitré,

Dr ZRYOUH Merieme
Ophtalmologue
52, Bd. el-Khalil Hay M
Abdelrahman - Casablanca
Tél: 05 22 52 38 42