

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° W21-666200

159331

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7675 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENDAOUD SAMIRA

Date de naissance : 26/12/61

Adresse : 124, Av. Sijelma, Bourgogne - Cas

Tél. : 0663001969 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
104, Bld. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél. : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail : berrada.hamid@gmail.com

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 FEV. 2023

Nom et prénom du malade : BENDAOUD Samira

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

Nature de la maladie : AFFECTION OPHTALMOLOGIQUE

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) :

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
1-8 Feb 2023		2	350	INP 091052771 Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE 100, Bis Bd. Abdoumoumen, Rue ACAPULCO 2222 99 40 40 / 8822 99 40 41 E-Mail: berrada.mohammed@orange.ma

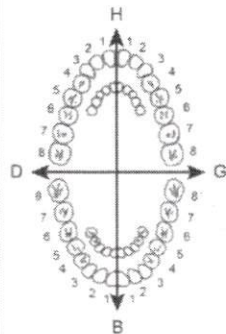
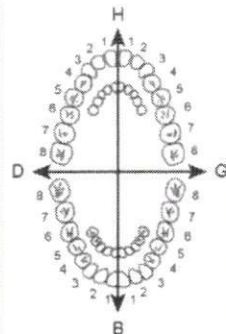
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE LAHJAJMA Nadia ZEKHAMA Avenue du Phare Résidence Taghazout Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67	28.02.23		

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
		H 25633412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 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'EXECUTION				

Docteur Mohammed Berrada

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد برادة

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

28 février 2023

Casablanca, le

Mme BENDAOU Samira



30,10

MAXIDROL COLLYRE

1 gtt 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

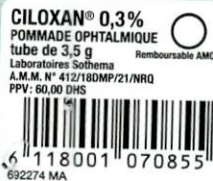
VISMED MULTI FLACON

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

60,00

CILOXAN POMMADE

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours



SYNTHEMEDIC
22-24 Rue Zoubair Ibou
El Aouam 20500 Casablanca

P.P.C: 144.10

Pharmacie ZEMMAMA
Avenue du Phare Résidence
Taghazout - Casablanca
Tel.: 05 22 29 35 44

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

PHARMACIE LAHJAJI
Nadia ZEMMAMA
Avenue du Phare Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, مكرر شارع عبد المومن البيضاء
Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca
Tél.: 05 22 99 40 40 / 41 - GSM : 06 62 15 84 83 - الهاتف : E-mail : berrada.hamid@gmail.com