

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

- 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

N° W21-777301

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13167

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BERRADA HASNAA

Date de naissance : 08/05/1985

Adresse : 20 Avenue Mohamed Lyazidi, Hay Riad, Rabat

Tél. : 06 66 60 00 13

Total des frais engagés : 2800,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Meryem FILALI ANSARY
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél. : (+212) 0522 47 15 94
INPE : 061308094

Date de consultation : 17/07/2023

Nom et prénom du malade : Bernada Hasnaa

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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

Signature de l'adhérent(e) :

BA



VO ET ADH

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
17/10/23		300,00 dh		Dr Meryem FILALI ANSARY INP: 061308094 Spécialiste en Ophtalmologie Maladies et Chirurgie des Yeux Tél: (+212) 0522 47 15 94 INPE: 061308094

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Cité Plateau - Cité Plateau Stendhal - Cité Plateau Tél: 0522 47 15 94	17/10/23	200,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Casablanca Rue Mohammed VI Tél: 0522 47 15 94	17/10/23		2			2300,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</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	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	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



PT230717090151

17 juillet 2023

Mme BERRADA HASNAA

MASSAGE palpebral aux compresses stériles tièdes matin et soir pendant 5 À 10 minutes

, dans l'œil gauche, pendant 8 jours

194.00
PHYLARM

1 lavage / jour matin et soir, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

20.80
FRAKIDEX pommade

75.70
1 app x 3 par jour, dans l'œil gauche, pendant 8 jours

ZALERG

200.70
1 goutte x 2/ jour, dans les deux yeux, pendant 2 M



ZALERG 0,25 mg/ml

Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Elburti, Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Dr. Meriem FILALI ANSARY
Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél : (+212) 0522 47 15 94
INPE : 061308004

BAUSCH + LOMB

Pommade ophtalmique / مرهم للعين

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine

FRAKIDEX® فراكيدكس

NE PAS AVALER

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احذر الجرعات الموصوفة

Frakidex est une marque déposée de Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales. © 2020 Bausch & Lomb Incorporated ou de ses filiales.

ENFANTS. À conserver à une température

INDICATIONS ET POSOLOGIE :

[illegible]

Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g
Distribué par : ZENITHPHARMA,
96 zone industrielle Tassila Inezgane,
Agadir- Maroc. PPV : 20.80 dh
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

COMPOSITION :
 Phosphate sodique de demaméthasone 0,1 g,
 Sulfate de framycétine 315 000 UI.
 Excipients : vaseline, paraffine liquide q.s.p. 100 g
 0,1 %
 315 000 UI
 100 g

AMM France n° /
AMM Tunisie n° /
AMM Algérie n° /
AMM Maroc n° /

Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice
du produit.



Solution stérile pour usage oculaire

PhyLarm



HER MEDIC
PPC
104.00 DHS



16 unidoses es de 10 ml

**À chaque fois
que l'œil est irrité**



PT230717090151

17 juillet 2023

Mme BERRADA HASNAA

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 1.00 (- 0.25 à 170°)

OG = Plan (-0.50 à 4)

Visioptic S.A.R.L.
13, Rue Normandie Maârif - Casablanca
Patente: 35785604 - R.C: 33929
F: 18711617 - ICE: 0016435900000
Tél: 05 22 23 42 87

Dr Meryem FILALI ANSARY
Spécialiste de Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Tél.: (+212) 0522 47 15 94
INPE: 061588994

VISIOPTIC

113 RUE Normandie, Maarif
Casablanca
0522234287
Visioptic1@gmail.com

Mme HASNAA BERRADA

FACTURE N° : F23/3337

Date : 09/10/2023

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
VERRE ORGANIQUE AR	1	650.00	650.00	20.0
VERRE ORGANIQUE AR	1	650.00	650.00	20.0
MONTURE OPTIQUE	1	1000.00	1000.00	20.0
Corrections : VL D. Sph: -1.00 Cyl: -0.25 Axe: 170° VL G. Sph: 0.00 Cyl: -0.50 Axe: 4°				
Total	3		2300.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1916.67	383.33	2300.00		2300.00 Dh

ICE 001643590000085

RC 3339299

IF 18717617

PATENTE 34171413

