

# 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.

## Biologie 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

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° P19- 050947

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5669 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : PEKKI BERRADA LAMIA  
Date de naissance : 08/10/1960  
Adresse : 26, Rue Imam el-Agha, Boulogne  
CASA  
Tél. : 06 61 31 21 97 Total des frais engagés : 348,92775  
461,608

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Reda MIKOU  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC  
Tél. : (+212) 0522 47 15 94  
Email : r.mikou@cliniquestendhal.com

Date de consultation : 17/09/2020

Nom et prénom du malade : PEKKI BERRADA LAMIA

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

Nature de la maladie : Myopie

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 : CASA 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
17/09/20		1	313,90	Dr. Hadda N. Zerkouni Chirurgien Ophtalmique 18, Avenue Stendhal - Casablanca Tél. : (+212) 522 47 15 94 E-mail : r.mikou@dimiquestendhal.com

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE BORD BOUGNE BERRADA TAZI Halima 241, Bd. Zerkouni - Casablanca Tél. : 05 22 27 73 44	17/09/20	313,90
PHARMACIE DE BORD BOUGNE BERRADA TAZI Halima 241, Bd. Zerkouni - Casablanca Tél. : 05 22 27 73 44	12/11/22	461,60
INPE:092016815		

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

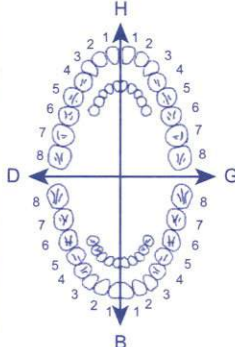
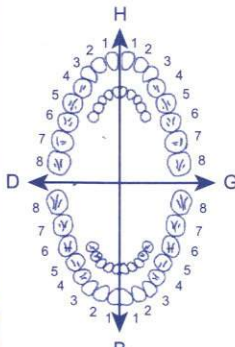
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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>D</td> <td>G</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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PT200916171614

12 novembre 2020

Mme MEKKI-BERRADA Lamia

10250  
LOTEMAX. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

16700  
THEALOSE COLLYRE

7570  
1 goutte x3/Jour, dans les deux yeux, pendant

ZALERG

1 goutte x2/Jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

صيدلية بورغون  
PHARMACIE DE BOURGOGNE  
BERRADA TAZI Halima  
341, Bd. Zerkouni - Casablanca  
Tél. : 05.22.27.73.44



Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOHEMA BOUSKOURA  
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° d'agrégation Maroc :  
15727200000000000000000000000000  
PCC : 14/00 DH



ZALERG 0,25 mg/ml  
Collyre 5 ml - PPV : 75,70 DHS  
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

LEVOPHTA 0,05%  
Collyre 5ml

ZENITH PHARM  
PPV : 75,00 DHS  
AMM N° 738/SDM/2019

LOT: H5397  
EXP: 11/2021



Laboratoires Sothema Bouskoura  
Tobradex collyre en suspension, 5 ml  
A.D.S.P. Maroc N° 71/DMP/21/NCI  
PPV : 35,70 DHS





Diplôme d



PT200916171614

17 septembre 2020

**Mme MEKKI-BERRADA Lamia**

11286  
LOTEMAX

- 1 gouttes 4 fois/jour pendant 5 jours  
1 gouttes 3 fois/jour pendant 5 jours  
1 gouttes 2 fois/jour pendant 5 jours  
1 gouttes 1 fois/jour pendant 5 jours , dans les deux yeux

3440  
TOBRADEX : pde PO

14700  
1 application / jour, le soir au coucher, pendant

THEALOSE COLLYRE

31390  
1 goutte x3/Jour, pendant 2 Mois

**TOBRADEX®**  
POMMADE OPHTHALMIQUE  
3,5G ppv : 54,40 DHS  
Boîte de 1 tube  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRQ



3 662042 003295

Distribué au Maroc par :  
Laboratoires SOTHEMA  
S.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc  
N° Homologation Maroc :  
1573/2016/DMP/20/DM  
PPC : 147,00 DH

**Dr Reda MIKOU**  
Chirurgien Ophtalmologiste  
18, Avenue Stendhal - Casablanca .SC  
Tél : (+212) 0522 47 15 94  
E-mail : r.mikou@cliniquestendhal.com