

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

M22- 0026608

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02520

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA

Date de naissance : 20/09/1954

Adresse : RUE IBRAHIM NAFIS APP. 8 0062 HAOUF

Tél. : 0678588384

Total des frais engagés : 7500 + 19000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA SOUFI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maarif
Casablanca - Tél. : 05 22 00 45 68/69

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2022

Nom et prénom du malade : AMADOU Amine

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Refractive

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 : 29/11/22

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
26.11.2022	62		250,00	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Familla Anglé Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 88/69

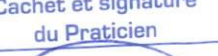
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

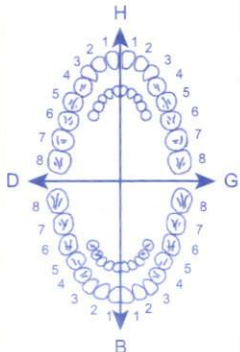
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	26/11/22					1900,00

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> D G 00000000 00000000 35533411 11433553 <hr style="width: 100%;"/> B	Coefficient des Travaux <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	Montants des Soins <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div>	Date du devis <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div>	Date de l'exécution <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au laser

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتورة برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافي

ليزك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

Casablanca, le : 26.11.2022 : الدار البيضاء ، في :

AMADOU Amine

Lentilles de Contact (v.d.) (v.g. + Porteur)
(v. Amine Anti-refl)

$$\begin{aligned} \text{v.d.) } \text{ds} &= (30 - 0,25) - \text{Anti-bleu} \\ &= -5,25 \\ \text{v.g.} &= -5,25 \end{aligned}$$

- Frakinder Colly 1g x 3/1 K 11

- Lensplata Colly 1g x 3/1 K 11

K-one Optic
Opticien

102 Bis, Rue St. Haymly Abdellah
Ain Chock - Casablanca

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien Cinéma

Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca

Tél. : 0522.99.45.68/69

رواق فامليا زاوية زنقة جورا و أوقرنى (سينما فامليا سابقا)

الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.99.45.68/69

FACTURE: N° 0002392

Casablanca la: 26/11/2022
Mr (e): AMADOU Amine
N° de Nomenclature: 407/407
Docteur: BERRADA Soumi Chakib

Monture: Optique	600,00
Verres: Organique Antireflets	
Vision de loin: Amanci	
OD (30 - 0,75) - 5,25	650,00
OG - 5,25	650,00
vision de pres :	
OD	
OG	
ADD:	
	TOTAL 1900,00

Arrêtée la présente la facture à la somme de :

Mille Neuf Cents Dinars

K-One Optic

Opticien
102 Bis Rue 50 Hay My Abdelah
Ain Chock Casablanca

RC :436474, IF :31900763, TP :34000981, ICE :002270067000066, INP :095023958

102 Bis Rue 50 HAY MY ABDELAH AINCHOCK CASABLANCA -20470