

## 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- 0036956

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4817 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LOULIDI SAAD Fouad  
Date de naissance : 27.01.1960  
Adresse : Bd Oued El Maleh N°55 OULFA  
CASABLANCA  
Tél. : 0661052144 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 7 MARS 2023  
Nom et prénom du malade : LOULIDI SAAD Fouad  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : AFFECTION OPHTALMOLOGIQUE  
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 : 13/03/2023  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       | 350.-                           |  |

7 MARS 2023

Dr. BERRADA Mohammed  
Ophtalmologiste  
Op. Bld Abdelmoumen, Rce ACAPOLCO  
Tél: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|   | 07/03/2023 | 250,00                |

INPE: 092008549

## 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 :

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         |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|---------------------------|---|------------------|---------------------|-------------------------|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|--|---|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|-------------------------|--|
|                           |   |                  |                     | COEFFICIENT DES TRAVAUX |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     | DEBUT D'EXECUTION       |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     | FIN D'EXECUTION         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                  | H                   |                         | G |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | D |  |  | B | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
|                           | H   |                  | G                   |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           | 25533412  | 21433552         |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           | 00000000  | 00000000         |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           | D   |                  |                     | B                       |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           | 00000000  | 00000000         |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           | 35533411  | 11433553         |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  | MONTANTS DES SOINS  |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  | DATE DU DEVIS       |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |
|                           |   |                  |                     |                         |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |   |          |          |  |  |          |          |  |  |                         |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mohammed Berrada**

**Ophtalmologiste**

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**

إخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على القيادة

تصحيح الميopia بالليزر

**07 mars 2023**

Casablanca, le .....

**Mr LOULIDI Saad Fouad**

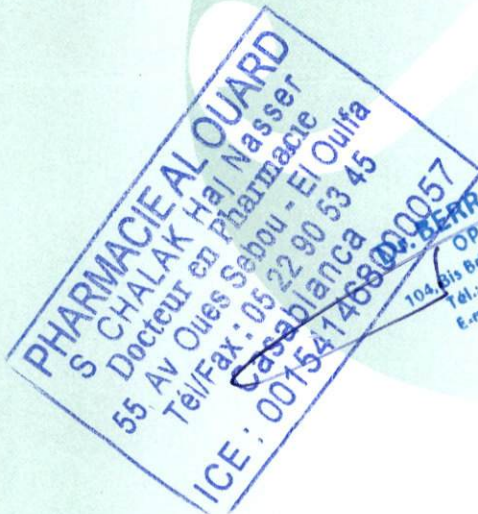
125,00 x 2

**XILOIAL**

1 goutte x 3/ jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois



250,00



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

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



# Xiloial®

Moisturising, lubricant and normalising ophthalmic solution with TSP and sodium hyaluronate  
Solution ophtalmique humectante, lubrifiante et normalisante à base de TSP et hyaluronate de sodium 0,2%

10 ml Bottle  
Flacon de 10 ml



FARMIGEA

## Xiloial®

**Composition:** Sodium hyaluronate 0.2%; TSP (Tamarindus Indica Seed Polysaccharide); mannitol; dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium edetate; benzalkonium chloride, WFI.  
Do not use after expiry date.  
Once opened the bottle the product can be used within 30 days.  
Keep out of the reach and sight of children.

**Composition:** hyaluronate de sodium 0,2%, TSP (Tamarindus Indica Seed Polysaccharide), mannitol, phosphate de sodium monobasique, phosphate de sodium dibasique, disodium edetate, chlorure de benzalkonium, eau ppi.  
Ne pas utiliser le produit après la date de péremption indiquée sur la boîte.  
Après l'ouverture, le flacon peut être utilisé dans les 30 jours qui suivent. Conserver hors de la portée des enfants.

FARMIGEA



FARMIGEA

LOT



PPC  
DHS

0421022  
2025 10

PPC 125,00 DH

PPC 125,00 DH

PPC  
DHS



LOT

0421022  
2025 10



FARMIGEA

FARMIGEA

FARMIGEA



10 ml Bottle  
Flacon de 10 ml

Moisturising, lubricant and normalising ophthalmic solution with TSP and sodium hyaluronate  
Solution ophtalmique humectante, lubrifiante et normalisante à base de TSP et hyaluronate de sodium 0,2%

**Composition:** Sodium hyaluronate 0.2%; TSP (Tamarindus Indica Seed Polysaccharide); mannitol; dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium edetate; benzalkonium chloride, WFI.  
Do not use after expiry date.  
Once opened the bottle the product can be used within 30 days.  
Keep out of the reach and sight of children.

**Composition:** hyaluronate de sodium 0,2%, TSP (Tamarindus Indica Seed Polysaccharide), mannitol, phosphate de sodium monobasique, phosphate de sodium dibasique, disodium edetate, chlorure de benzalkonium, eau ppi.  
Ne pas utiliser le produit après la date de péremption indiquée sur la boîte.  
Après l'ouverture, le flacon peut être utilisé dans les 30 jours qui suivent. Conserver hors de la portée des enfants.

## Xiloial®