

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-451250

N° D: 40 659

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7300 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TSOULI Nouhane
Date de naissance : 10-11-67
Adresse : Km 8-3 DE TAKKAT, CAIRO ALI'S CASIN
Tél. : 0661191683 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél. : 0522 99 80 40 / 0522 99 40 81
E-mail : berrada.hamdy@gmail.com
Date de consultation : 16 SEP 2020
Nom et prénom du malade : TSOULI med Ghali Age :
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 : CASABLANCA Le : 16 / 09 / 20
Signature de l'adhérent(e) :

104, BNS Bd Abdelmoumen, Re...
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTHALMOLOGISTE
104, Boulevard Abdelmoumen, Rce ACAPULCO
Tel.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

ONNANCES
 104, Boulevard Abdelmoumène
 Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99
 E-mail: barrada.hamid@gmail.com
 Montant de la Facture

Montant de la Facture

Attribution des coefficients	Montant des Honoraires
---------------------------------	---------------------------

Attribution des coefficients	Montant des Honoraires
---------------------------------	---------------------------

[illegible]

Nombre			Montant détaillé des Honoraires
PC	IM	IV	

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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

A diagram of a circular arch bridge. The bridge is represented by a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 16. The piers are arranged in a semi-circle, with 1 at the top center and 16 at the bottom center. The cardinal directions are labeled: H (top), B (bottom), D (left), and G (right). The piers are numbered 1 to 8 on the left side (D) and 8 to 16 on the right side (G). The piers are numbered 1 to 8 on the top side (H) and 8 to 16 on the bottom side (B).

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table> <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>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
B																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
	DATE DU DEVIS															
	DATE DE L'EXECUTION															

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

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le 14 SEP. 2020

TSOULI Med Ghali

Lunettes

OD = (180; -1,50) + 4,75

OG = (5; -0,50) + 6,50

verres amincés organiques.
entreflets

KETT OPTIC
KETIANI YERLEME
Opticienne Optométriste
105 Avenue Z. W. Casablanca
Tél: 0522 95 69 45 - Fax: 0522 85 63 48

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



CASABLANCA, le 15/09/2020

ENF TSOULI MED GHALI

casablanca

FACTURE PF 0110/2020

Désignation	Montant
MONTURE OPTIQUE	1200
OD : VERRE ORGANIQUE ANTIREFLET	500
OG VERRE ORGANIQUE ANTIREFLET	500
Total TTC	2200DH

Arretée la presente facture à la somme de : DEUX MILLE DEUX CENT DIRHAMS

KETT OPTIC
KET TANI Merieme
Opticienne Optométriste
105, Avenue 2 Mars - Casablanca
Tél: 0522 85 63 46 - Fax: 0522 85 63 48