

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'Unité
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

M23-009659

176338

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07087 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUTA AHMED

Date de naissance : 12/04/1957

Adresse : Résidence Al Mousoul CASA

Tél. : 0661526440 Total des frais engagés : 4559,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin 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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31 AOUT 2023

Nom et prénom du malade : CHOUTA Ahmed Age :

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 : CASA

Le : 21/08/2023

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
31 AOUT 2023	C2		350	Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE 204, Bis Rd. Abdelmoumen, Rca ACAPULCO Tél: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 email: berrada.hamid@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

31/08/23 209,6

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

21/09/23 Monture 2 verres

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

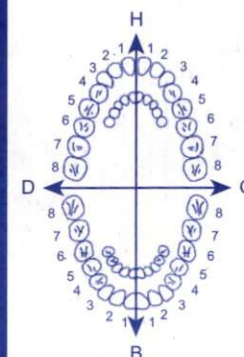
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de 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
D 00000000 00000000
35533411 11433553
G
B

(Création, remont, adjonction)

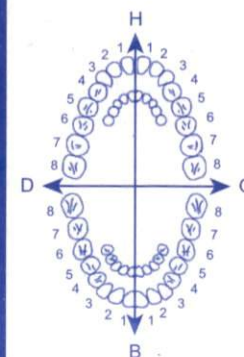
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Médecin Agrée pour la visite

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



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

LARMABAK 0.9%

Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



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

حمد برادة

ض وجراحة الع

للفحص الطبي

الى السيادة

يوبيا باليزر

LOT 230221
EXP 12 2025
PPV 16 90

31 août 2023

Casablanca, le

Mr CHOUTA Ahmed

Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Amincis

Vision de loin :

OD = - 7.50 (- 0.25 à 20°)

OG = - 5.75 (- 0.50 à 100°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

CATACOL 0.1%

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

LARMABAK

1 goutte 3 fois / jours , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

LOT 230221

EXP 12 2025

PPV 16 90

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

LOT 230221
EXP 12 2025
PPV 16 90

إقامة أكابولكو (فوق القرص 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

LONDON OPTIC

195 residence ossama 2 boulevard

bourdon

tel : 808535825

londonoptic22@gmail.com

R.C 473799 Patente 35151373

ICE 002584373000043

CASABLANCA , le : 21 /09 /2023

FACTURE N° 00063

Mr CHOUTA AHMED

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 OPTIQUE	700.00
2 VERRES ORGANIQUE PROGRESSIFS ANTIREFLET AMINCIS 1.74	
OD : (20 ° - 0.25) - 7.50	1 650.00
OG : (100 ° - 0.50) - 5.75	1 650.00
ADD : + 2.75	

Dont TVA (20%)

666.67

TOTAL TTC

4 000.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Quatre mille Dirhams

LONDON OPTIC
195, Rue Oussama II, Bourdon
Bourdonne - Casablanca
Tél : 06 67 51 96 07