

## 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

N° W21-606012

Mle du conjoint 2009

67265

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MR BENCHERIF Sidi - Said

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. : 06 61 45 37 62 Total des frais engagés : # 915.40 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO  
Tél. : 05 22 99 40 40 / 05 22 99 40 41  
E-mail : berrada.hamid@gmail.com

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : BENCHERIF Sidi Said Age : 69 ans

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 : 14/04/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
14 AVR. 2021	C2	300		INP : 091032771 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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LIBAS.M Mme. SEKAT Laila 105, Rue Raoumoum, Rce ACAPULCO Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél : 0522 27 65 80	14/04/21	615,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.																																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT 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></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> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D				00000000	00000000			35533411	11433553			B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																													
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D																															
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohammed Berrada

Ophthalmologiste

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

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على القيادة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le 14 AVR. 2021

BENCHERIF Sidi Said

98,80 x 6

Timoptol LP 0.5% collyre

1gt le matin x 3 mois (6gt)

22,60

Flucon collyre

1gt x 4 j x 15 j (1fl)

61,40

Pharmacie LILAS.M  
Mme. SEKKAT Laïla  
1 bis, Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél / Fax : 0522 27 65 80

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTHALMOLOGISTE

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



Flucon collyre de 3 ml  
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV  
Laboratoires Sothema  
PPV : 22,60 DHS

Remboursable AMO  
406865

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 : الهاتف - E-mail : berrada.hamid@gmail.com



**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml  
PPV: 98, 80 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml  
PPV: 98, 80 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml  
PPV: 98, 80 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml  
PPV: 98, 80 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml  
PPV: 98, 80 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

**TIMOPTOL LP 0,5 %, collyre**

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml  
PPV: 98, 80 DH  
Distribué par SOTHEMA  
B. P. N° 1-27182 Bouskoura - Maroc



6 118001 160303

☐ valable 3 mois

14 AVR. 2021  
Le ...../20.....

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

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

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BENCHERIF Soui Said

Présente

Glaucome chronique OSG

Nécessitant un traitement d'une durée de :

à vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Ti-moptol LP 0.5% Collyre

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage, Casablanca

  
**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