

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- Reclamation : 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-606012

Yle du conjoint 2009 67265

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : MR BENCHERIF Sidi - Said

Date de naissance : 01-02-1952

Adresse :

Tél. 06 61 45 37 62

Société :

R.A.M

Autre :

Total des frais engagés : # 915.40 # Dhs

Dentaire

Cadre réservé au

BERRADA Mohammed

OPHTALMOLOGISTE

104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO

Tél. : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41

E-mail: berrada.hamid@gmail.com

Date de consultation :

14 AVR. 2021

Nom et prénom du malade :

BENCHERIF Sidi SOUFIAN

Age : 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Affection oculaire

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
11 AVR 2021	C 2	300-		INP : 091032771 Dr: BERRADA Mohammed OPHTHALMOLOGISTE 104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO Tél : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 E-mail : berrada.mohammed14@gmail.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mme. SEKOU Laita Rue Reaumur 188 Hôpital Casablanca 0522 27 65 80	14/04/21	615,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

• AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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'ODDF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession																

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 براادة

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le 14 AVR. 2021

BENCHERIF Sidi salé

98,80 x 4



Timostol LP 0,5% collyre

18th la matin x 3 mois (6 fls)

22,60



Flucon collyre

18th x 4

15 j (1 fl)

61,50

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



Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE

104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rte 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 المؤمن البيضاء

Résidence Acapulco (au dessus C.I.H.) - 104, bis, Bd Abdelmoumen Casablanca

Tél.: 05 22 99 40 40/41 - 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 ~~DR. BERRADA HAMID~~ conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : **DR. BERRADA HAMID**
OPHTHALMOLOGISTE
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 **Glucomé chronique OSG**

Nécessitant un traitement d'une durée de : **à vie**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Timoptol LP 0,5% collyre

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