

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0014029

Mme du conjoint 2009

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048

Société : R.A.M 127172

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MR BENCHERIF sidi saïd

Date de naissance : 01/02/1952

Adresse :

Tél. 06 61 45 37 62

Total des frais engagés : #396 # 183 Dhs

Cadre réservé au 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

Cachet du médecin :

24 AOUT 2022

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BENCHERIF sidi saïd Age: 70 ans

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 : 24/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
14 AOUT 2022	Contrôle	goutt' t		Dr. BERRADA MOHAMMED OPHTALMOLOGISTE 815 Bd Abdelloumen, Rte CAPULCO 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 berrada.hamid@gmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formuleur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LILAS Mme. SEKKAT Laila 14 Rue Rezour / Bd. Abdelloumen Quartier des Hôpitaux - Casablanca Tél/Fax : 0522 27 65 80 INPE : 092040062	24/08/22	396,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>														
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>														
<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: top;">H</td> <td style="text-align: left; vertical-align: top;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;">D</td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;">35533411   11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>					H	25533412   21433552	00000000   00000000		D	35533411   11433553	B		G	
H	25533412   21433552													
00000000   00000000														
D	35533411   11433553													
B														
G														
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montants des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>														
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montants des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>														

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 براادة

العالى في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

Casablanca, le ..... 24 AOUT 2022

98,00 x 1 BENCHERIF Sidi

Timoptol LP 0,5% coll

1 fl le mustin x 4

396,00

Pharmacie LILAS

Mme. SEKKAT Lai

4 bis, Rue Rezoum / Bd. Abdellah

Quartier des Hôpitaux - Casab

Tél/Fax : 0522 27 65

Dr. BERRADA Mohammed  
OPHTALMOLOGISTE  
104, Bis Bd. Abelmoumen, Rte ACAPULCO  
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 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

TIMOPTOL LP 0,5%,  
collyre

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml  
PPV: 98, 80 DH  
Distribué par SOTHEMA

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

TIMOPTOL LP 0,5%,  
collyre

Boîte de 1 flacon de 2,5 ml  
PPV: 98, 80 DH  
Distribué par SOTHEMA



6 118001 160303

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104 مكرر شارع عبد المؤمن البيضاء

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

Tél.: 05 22 99 40 40 /41 - GSM : 06 62 15 84 83 - E-mail : berrada.hamid@gmail.com