

# 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

- 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

M22- 0032739

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2978 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : M. LAHAICHI FAÏÇAL 167751  
 Date de naissance : 22/07/56 à Fes  
 Adresse : PORTE CALIFORNIE ROUTE MEKKA  
 App3 - ETG - A.D. CASABLANCA  
 Tél. : 0654, 500, 951 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. BERRADA Mohammed**  
 OPHTALMOLOGISTE  
 104, Bis Bd. Abdelmoumen, Ase ACAPULCO  
 Tél. : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
 E-mail : berrada.hamid@gmail.com  
 Date de consultation : - 8 JUIL. 2023  
 Nom et prénom du malade : M. LAHAICHI FAÏÇAL Age : 22/07/56  
 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 : / /  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0032739

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
 Nom de l'adhérent(e) :  
 Total des frais engagés :  
 Date de dépôt :



# 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

1-8 JUL. 2023

C2      350

Dr. BERRADA Mohamed  
OPHTALMOLOGISTE  
Bd. Abdelmoumen, Rca ACAPULCO  
Tél : 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41  
Email : berrada.mohamed@gmail.com

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

Pharmacie LILAS .M  
Mme. SEKKAT Laila  
Rue Reaumur / Bd. Abdelmoumen  
Hôpital des Hôpitaux - Casablanca  
Tél / Fax : 0522 2 65 80

08/07/22      312,40 rbs

# 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

08/07/2023

AM      PC      IM      IV

Monture + verres progressifs

VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

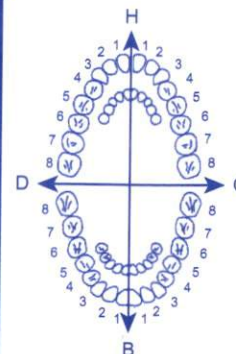
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

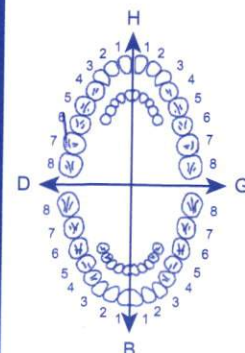
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

Coefficient  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION



(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**  
**Ophtalmologiste**  
 Maladies et chirurgie des yeux  
 Medecin Agrée pour la visite



**الدكتور محمد برادة**

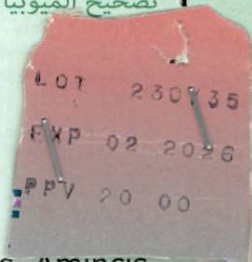
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
 طبيب معتمد للفحص الطبي  
 للقدرة على السياقة  
 تصحيح الميopia بالليزر

Médecin agréé pour la conduite  
 Corrigé au laser



08 juillet 2023

Casablanca, le .....  
**Mr LAHRICHI Faïçal**



Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Amincis

de loin :

OD = + 2.50 (- 3.50 à 20°)

OG = + 1.00 (- 2.75 à 5°)

de près :

ODG = Add : + 2.50



**CORRECTOL collyre**

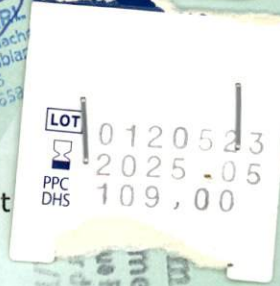
1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant

**HYE collyre**

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

**TOBRADEX pommade**

1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 10 jours



**Dr. BERRADA Mohammed**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
 Résidence Acapulco, Rce ACAPULCO  
 Tél: 05 22 99 40 40 / 05 22 99 40 41

إقامة أكابولكو (فوق الميناء الحفاري) 104, bis, Bd. Abdelmoumen Casablanca  
 Résidence Acapulco ( au dessus C.I. 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

20,00 x 2

109,00 x 2

54,40

312,40

macie ILIAS.M  
 ne. SEICKAT Laila  
 ne Razauri - 1. Abdelmoumen  
 des plaques - Casablanca  
 /Rce 0522 99 65 99



**VISIBLEMENT**  
Optique

STUDIO

## FACTURE

Facture N° 412/23    DATE 08/07/2023    M. Paiement ESP

CLIENT  
Code client 412

Nom LAHRICHI FAICAL

Adresse Casablanca

Quantité	Désignation	PU	Prix HT	TVA	Prix TTC
1	MONTURE OPTIQUE	666.67	666.67	20%	800.00
2	VERRES ORGANIQUES PROGRESSIFS ANTI-REFLETS  OD : +2.50 (-3.50 à 20°)  OG : +1.00 (-2.75 à 5°)  ADD : +2.50	1 500.00	3 000.00	20%	3 600.00
TOTAL DH			3 666.67	733.33	4 400.00

**NEXT OPTIC**  
Rés. Luxoria, n°4 Angle bd Hachemi  
El Filali et Rue Lisère, Casablanca  
Tel : 05 22 28 77 55  
Code NPE : 095029658

NEXT OPTIC - Angle bd Hachemi el Filali rue Lisère, Res. Luxoria, n°4 rdc Casablanca  
Tel : 05 22 28 77 55    E-mail: visiblement.optique@gmail.com  
RC : 503443    Patente : 34750871    IF : 50252708    ICE : 002812943000084    CODE INPE: 095029658