

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

M22- 0032739

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2978 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : YELAHRICHI FAISAL 167751

Date de naissance : 22/07/56 à Fay

Adresse : PARTE CALIFORNIE ROUTE MEKKAH

App 3 - ETG A.D.C CASABLANCA

Tél. : 0654.500.951 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTHALMOLOGISTE
104, Bis Bd. Abdellouni, Rue 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 : YELAHRICHI FAISAL Age: 22/7/56

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION OPHTHALMOLOGIQUE

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 : 10 JUIL. 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 :

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
18 JUL 2023	C2	350		REARADA Mohamed OPHTALMOLOGISTE hdelmoumen, Rce ACAPULCO 040 40 / 0522 99 40 41 hamid@email.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Larmacie Lalla Mme. SEKKAT Lalla Rue Reaumur / Bd. Abdellah Benkouider des Hopitaux - Casablanca	08.10.7.162	318,40 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

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

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D**: Upper Left Quadrant, containing teeth 1 through 8.
- H**: Mesial Incisor Region, containing teeth 1 through 4.
- G**: Lower Right Quadrant, containing teeth 1 through 8.
- B**: Mesial Incisor Region, containing teeth 1 through 4.

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTENTANT L'EXÉCUTION

Docteur Mohammed Berrada

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Medecin Agrée pour la visite

**Médecin conduite
Cor TOBRADEX®
POMMADÉ OPHTALMIQUE
0,30,1%
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV : 54,40 DH
Laboratoires Sothema, Bouskoura
AMM N° 455/18 DMP/21/NRQ**



6 118001 070602
690206 MA



الدكتور محمد براادة

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للقحص الطبي

للقدرة على السيارة

لتصحيح الميوبيا بالليزر

08 juillet 2023

Casablanca, le

Mr LAHRICHI Faiçal



Monture + verres correcteurs progressifs Antireflets, Amincis

de loin :

OD = + 2.50 (- 3.50 à 20°)

OG = + 1.00 (- 2.75 à 5°)



vision de près :

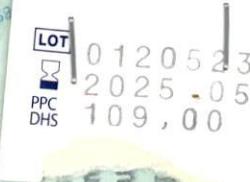
ODG = Add : + 2.50

20,00x2

CORRECTOL collyre



**RES. Luxiora, N° 104, Bd. Abdelmoumen
El Filali et Rue Hassan II Casablanca
Tél. 0522 99 40 40
Code n° 20220229029653**



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

3/2/24

**Dr. BERRADA Mohammed
OPHTHALMOLOGISTE
Résidence Acapulco - Casablanca**

إقامة أكابولكو (فوق الماء) 104، Bd. Abdelmoumen, Résidence Acapulco

104، Bd. Abdelmoumen, Résidence Acapulco

Tel: 0522 99 40 40 - 0522 99 40 41

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

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

macie LILAS . M



VISIBLEMENT
Optique

FACTURE

STUDIO

Facture N°	DATE	M. Paiement	CLIENT			
412/23	08/07/2023	ESP	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 SARL
Rés. Luxoria, N° 4 Angle bd Hachemi et Filali et Rue 22 Casablanca
Tel : 05 22 28 77 55
Code INPE : 095029658