

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



Déclaration de Maladie

M22- 0052357 180631

☐ 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. 0661453762

Total des frais engagés : 659 #

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 :

Date de consultation : 26 SEP. 2023

Nom et prénom du malade BENCHERIF Sidi Said Age 71 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 : 26/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
26 SEP. 2023	C2	350		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26/09/23

329,00 DH

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

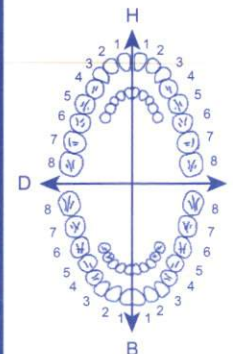
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



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
B	
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

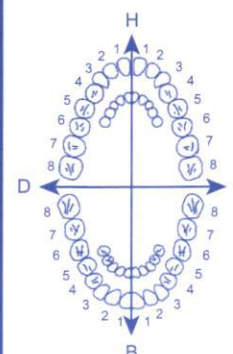
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



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

Médicale d'aptitude à la conduite

Correction de la myopie au laser



الدكتور محمد برادة

اخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب معتمد للفحص الطبي

للقدرة على السياقة

تصحيح الميopia بالليزر

26 septembre 2023

Casablanca, le

Mr BENCHERIF Sidi Said

TIMOCOMD 0.5 %: collyre

1 goutte x 2/j ; 8 h & 20 h, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

HYE collyre

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

Dr. BERRADA Mohammed
OPHTALMOLOGISTE

104, Bis Bd. Abelmoumen, Rce ACAPULCO
Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 46 41
E-mail: berrada.hamid@gmail.com

Pharmacie LILAS M
Mme. SEIKAT Lalla
4 bis, Rue Pasteur / Bd. Abelmoumen
Quartier des Hôpitaux - Casablanca
Tél/Fax : 0522 27 65 80

إقامة أكابولكو (فوق القرض العقاري السياحي) - 104, مكرر شارع عبد المومن 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 - الهاتف : E-mail : berrada.hamid@gmail.com

Timo-
COMOD®
0,5 %

Timo-
COMOD®
0,5 %

 **sans conservateur**

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103,00 DH

10 ml de collyre
A instiller dans
le cul-de-sac
conjonctival


Maléate de timolol

Composition: 1 ml de solution contient:
Maléate de timolol 6,84 mg (soit 5,0 mg de timolol); phosphate monosodique dihydrate; phosphate disodique dodécahydrate; eau pour préparations injectables.

التركيبية: يحتوي كل ملل:

تيمولول ماليلات 6,84 ملغ (كمية مطابقة لتيمولول 5,0 ملغ) ؛ فوسفات أحادي الصوديوم ثنائي الهيدرات ؛ فوسفات ثنائي الصوديوم ؛ فوسفات ثنائي الصوديوم نو ديكبريد و جين ؛ مياه للحقن.

Timo-COMOD® 0,5 % ○

collyre 10 ml



Timo-
COMOD®
0,5 %

Timo-
COMOD®
0,5 %

 **sans conservateur**

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103,00 DH

10 ml de collyre
A instiller dans
le cul-de-sac
conjonctival


Maléate de timolol

Composition: 1 ml de solution contient:
Maléate de timolol 6,84 mg (soit 5,0 mg de timolol); phosphate monosodique dihydrate; phosphate disodique dodécahydrate; eau pour préparations injectables.

التركيبية: يحتوي كل ملل:

تيمولول ماليلات 6,84 ملغ (كمية مطابقة لتيمولول 5,0 ملغ) ؛ فوسفات أحادي الصوديوم ثنائي الهيدرات ؛ فوسفات ثنائي الصوديوم ؛ فوسفات ثنائي الصوديوم نو ديكبريد و جين ؛ مياه الحقن.

Timo-COMOD® 0,5 % ○

collyre 10 ml


6 118001 110308

Timo-
COMOD®
0,5 %

Timo-
COMOD®
0,5 %

 **sans conservateur**

STERIPHARMA
AMM: 592/18 DMP/21/NRQ
PPV : 103,00 DH

10 ml de collyre
A instiller dans
le cul-de-sac
conjonctival


Maléate de timolol

Composition: 1 ml de solution contient:
Maléate de timolol 6,84 mg (soit 5,0 mg de timolol); phosphate monosodique dihydrate; phosphate disodique dodécahydrate; eau pour préparations injectables.

التركيبية: يحتوي كل ملل:

تيمولول ماليلات 6,84 ملغ (كمية مطابقة لتيمولول 5,0 ملغ) ؛ فوسفات أحادي الصوديوم ثنائي الهيدرات ؛ فوسفات ثنائي الصوديوم ؛ فوسفات ثنائي الصوديوم نو ديكبريد و جين ؛ مياه للحقن.

Timo-COMOD® 0,5 % ○

collyre 10 ml


6 118001 110308

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	MR BENCHERIF Sidi-Said
Matricule :	2048
N° CIN :	A 45930
Adresse :	06 61 45 37 62
Bénéficiaire de soins :	☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE
Spécialité :	I.N.P
N° ICE :	104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 E-mail: berrada.mohammed@gmail.com
N° INPE :	091032771
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BENCHERIF Sidi Said
Nécessitant un traitement d'une durée :	☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
Glaucome chronique avec hypertension et excoavation papillaire exagérée Sécheresse oculaire	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : Timacomed - Hye	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 28 SEP. 2023
Cachet et signature du médecin traitant :	
 Dr. BERRADA Mohammed OPHTALMOLOGISTE 104, Bis Bd. Abdelmoumen, Rce ACAPULCO Tél.: 0522 99 40 40 / 0522 99 40 41 E-mail: berrada.mohammed@gmail.com	

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées