

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-786072

163051

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10327 Société : RAN  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : A22AB Mohamed  
 Date de naissance : 06/11/1974  
 Adresse : BD Hachimi Filali, For Les Jardins  
 Bal. 2 Zmm 4 Apt 8 Casablanca  
 Tél. : 06 66 493849 Total des frais engagés : 98,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA Med. Ben Mehdi  
Ophtalmologiste  
110, Rue El Wahda - Casablanca  
Tél 05.22.22.90.45 / 46

Date de consultation : 27 MAI 2023  
 Nom et prénom du malade : A22AB KENZA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
 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 : 27/05/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
7 MAI 2023	C2		300,	INP: 091032904 Dr. BERRADA 110, Rue Edmond Tunis

C<sub>2</sub>

300

INP: 091032904

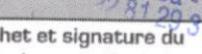
Dr. BERRADA Med. Ben Mehdi  
Ophthalmologiste  
10, Rue El Wahda - Casablanca  
Tel 05 22 22 90 45 / 46

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/05/2022	18.50

PHARMACIE FORTE CALIFORNIE  
Route 09, Dar Haj Daoui  
Bachkou, Route de la Mecque  
Casablanca -  
Tél. 22 84

27/05/2023

18.50

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

INPE: 092048941

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

Cachet et signature  
du Particien

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

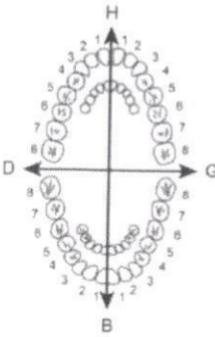
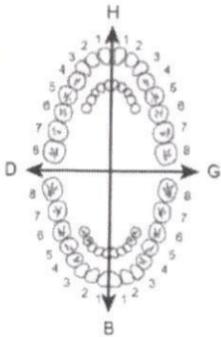
IV

### 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 :**  
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 15px; height: 15px;"></span>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>  DEBUT D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>  FIN D'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>  MONTANTS DES SOINS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>  DATE DU DEVIS <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>  DATE DE L'EXECUTION <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 25px; vertical-align: middle;"></span>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <b>H</b>  25533412  00000000  <b>D</b> —————  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  21433552  00000000  —————  00000000  11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: right;"> <b>G</b> </div> </div>			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

## Dents

Traitées

## Nature des

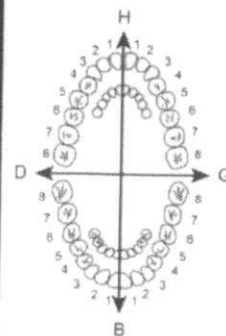
Coefficient

INP : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

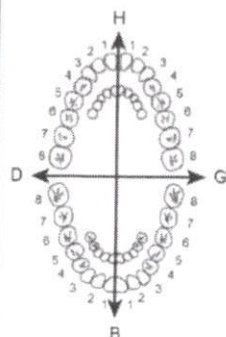
FIN  
D'EXECUTION



O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BERRADA Med Ben Mehdi**

SPECIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

ANGIO-LASER DE LA RETINE

LASER DE LA MYOPIE

LENTILLES DE CONTACT

Diplômé de la faculté de Médecine de Bordeaux

Ancien Interne des Hôpitaux de France

Ancien Attaché au C.H.U de Bordeaux

sur Rendez-vous

**الدكتور برادة محمد بن المهدي**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

علاج الشبكة بالأشعة اللايزر

علاج قصر النظر باللايزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي ببوردو

بالموعد

CASABLANCA, le ..... 27 MAI 2023 .....

AZZAB Kenza.

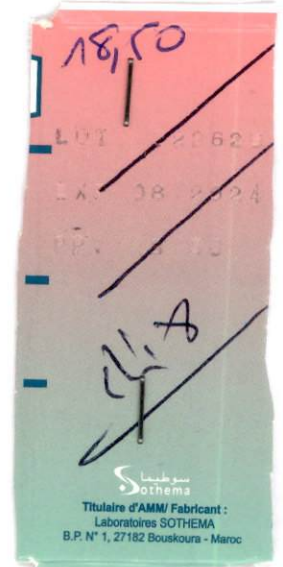
18.50

Sophitel

1gte x 8j x 8j x 8j

PHARMACIE PORTE CALIFORNIE  
Route 109 Dar El Baoui  
Bachkou, Route de la Mecque  
Casablanca -  
Tél: 05 22 22 90 45 / 46

Dr. BERRADA Med. Ben Mehdi  
Ophtalmologiste  
110, Rue El Wahda - Casablanca  
Tél 05.22.22.90.45 / 46



110. زنقة الوحدة. زاوية شارع رحال المسكيني (جنب فندق واشنطن) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 90 45 / 46

110, Rue El Wahda, Angle Bd Rahal El Meskini (Côté Hôtel Washington) - Casablanca - Tél. : 05 22 22 90 45 / 46

Email : berradaoph@hotmail.fr