

# 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.

## Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **02054** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **SEBBAGH MOHAMED**

Date de naissance : **01/01/51**

Adresse :

Tél. : **06 11 77 47 71** Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... , Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

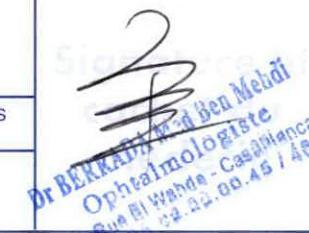
|   |                |                        |   |
|---|----------------|------------------------|---|
| <b>VOLET ADHERENT</b>   |                | NOM : .....            | <b>Mle</b>  |
| <b>DECLARATION N°</b>   |                | <b>P 14 / 0030592</b>  |  <b>MUPRAS</b><br>Mutuelle de Prévoyance<br>& d'Actions Sociales<br>du Royal Air Maroc |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | <i>Cachet MUPRAS</i>  |
|   |                |                        |   |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |                        |   |




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

P 14 / 0030592

**DATE DE DEPOT**

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT   |                                   | Mle 02054                       |  |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|---------------------------------|----|----|----|----|--|--|--|--|--|---------|
| Nom & Prénom DEBBAGH MOHAMED   |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| Fonction RETRAITÉ  | Phones 061 774477                 |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| Mail   |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| MEDECIN  | Prénom du patient DEBBAGH Yasmine |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>  |                                   | Age                             | Date 10.01.2020   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| Nature de la maladie   |                                   | Date 1ère visite                |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| Affection scélique.  |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances  |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| Nature des actes   |                                   | Nbre de Coefficient             | Montant détaillé des honoraires   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| K12<br>(F)   |                                   |                                 | 200,  |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| PHARMACIE  |                                   | Date 07/01/2020.                |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| Montant de la facture  |                                   | 9400.                           |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|   |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |                                   | Date                            |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| Désignation des Coefficients   |                                   | Montant détaillé des Honoraires |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|  |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|  |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|  |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| AUXILIAIRES MEDICAUX   |                                   | Date                            |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">Nombre</th> <th style="text-align: center;">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>294 DH.</td> </tr> </tbody> </table> |                                   |                                 |   | Nombre                          |  |  |  | Montant détaillé des Honoraires | AM | PC | IM | IV |  |  |  |  |  | 294 DH. |
| Nombre   |                                   |                                 |   | Montant détaillé des Honoraires |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
| AM   | PC                                | IM                              | IV  |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|  |                                   |                                 |   | 294 DH.                         |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|  |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|  |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|  |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|    |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |
|   |                                   |                                 |   |                                 |  |  |  |                                 |    |    |    |    |  |  |  |  |  |         |

**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 براادة محمد بن المهدى**

اختصاصى فى أمراض وجراحة العيون

علاج الشبكية بالأشعة الليزر

علاج قصر النظر بالليزر

العدسات اللاصقة

خريج كلية الطب ببوردو

طبيب داخلى سابقًا بمستشفيات فرنسا

طبيب ملحق سابقًا بالمستشفى الجامعى ببوردو

بالموعد

PHARMACIE NARJIS  
141, Bd. Yacoub El Mansour  
Tél.: 0522 25 00 74 / 0522 25 39 86  
CASABLANCA, le 07.01.2022

DEBBAGH Yasmine.

74.00

Angio laser

Left & Right eye

20.00

Corrected

= 94.00

Left & Right eye



Dr BERRADA Med Ben Mehdi  
Ophthalmologiste  
110, Rue El Wahda - Casablanca  
Tél: 05 22 22 90 45 / 46

LOT 01-01-01  
EX: 01-01-2022  
PPV 20,00

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