

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [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)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 061663

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8135 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELAOUFI Jamila  
Date de naissance : 31/07/1985  
Adresse :  
Tél. : 0650627928 Total des frais engagés : 970,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tél. : 05 22 99 45 68/69  
Cachet du médecin :  
Date de consultation : 25/02/2023  
Nom et prénom du malade : CHINAN Mervan Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Bégaiement + aff. tr. 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 : 28/02/2023  
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
05.02.2023	C2		150.00	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIE Ophtalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHAABI K Rue Noulasse 61 Noulasse, Maârif Tél: 0522 99 99 22 - Casablanca	25/02/23	20.80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

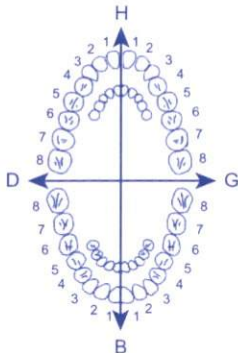
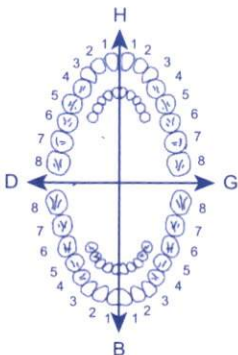
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
JURA OPTIQUE Rue Hassama Ibnou Zaid Maârif - Casablanca Tél: 0522 21 33 Fax: 022 23 08	25/12/23	F. El Jomah Opticien				700.00

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																	
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

الدكتور برادة السني شكيب

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

طب الحول عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوغرافي

Lazik - Cataracte au Laser

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

Agrée pour Permis de Conduire

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Casablanca, le :

25.02.2023

الدار البيضاء في :

Enf: Amine - Maab.

La mère de Amine (v.) (v. + Maab)  
v. Amine

$$OD = (180 - 2,50) - 3,00$$

$$OS = (170 - 2,05) - 3,00$$

20.80

Inakidex. p.

Amal L. Amal p. 15



JURA OPTIQUE  
30 Rue Dussama Ibnou Zaïd  
Maârif - Casablanca  
022.25.21 33-Fax: 022.23.08.66

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tél.: 022.25.21 33

30,RUE OUSSAMA IBNOUZAID  
EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASA  
Tél : 0522.25.21.33

30,RUE OUSSAMA IBNOUZAID  
EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASA  
Tél : 0522.25.21.33

FACTURE N° : **41/2023**

CLIENT : **CHINAN MOUAD**

DATE FACTURE : **25/02/2023**

DESIGNATION		PRIX TTC
<u>Montures :</u>		
<u>Verres :</u>	<u>OG1</u> <b>Organique aminci anti-reflet uv bleu</b>	350,00 DH
	<u>OD1</u> <b>Organique aminci anti-reflet uv bleu</b>	350,00 DH
<u>Nomenclatures :</u>		
	OD : -3.00 ( -2.50 à 180° ) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00	
	OG : -3.00 ( -2.75 à 170° ) , Add = +0.00 ,Prisme = +0.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**SEPT CENTS DIRHAMS**

**Total TTC : 700,00 DH**

**Total HT :** 583,33 DH

**TVA 20% : 116,67 DH**

<b>Frais de Timbres :</b>	<b>1,75 DH</b>
---------------------------	----------------

<b>Montant Total Payé :</b>	<b>701,75 DH</b>
-----------------------------	------------------

**JURA OPTIQUE**  
30 Rue Oussama Ibnou Zaïd  
Maârif - Casablanca  
Tél 022.25.21.33 - Fax: 022.23.08.66

Code INPE



095001327

R.C:349856 IF:40718900 Pte:35725204 ICE:001664295000061  
Adresse: 30,RUE OUSSAMA IBNOUZAID EX,RUE DE JURA.MAARIF .CASABLANCA  
Tél : 0522.25.21.33 FAX : 0522 23 08 66