

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-768776

166017

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 111112 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : CHEBKI Fouzia

Date de naissance : 24/01/1986

Adresse : 10 Rue Sektour R Tamy

Tél : 06 61 25 23 98

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Cadre réservé au Médecin : Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB

Ophthalmologiste

Cachet du médecin :

Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maarif  
Casablanca - Tél : 05 22 69 45 68/69

Date de consultation : 16.06.2023

Nom et prénom du malade : CHEBKI Fouzia Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Refract - affection oculaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

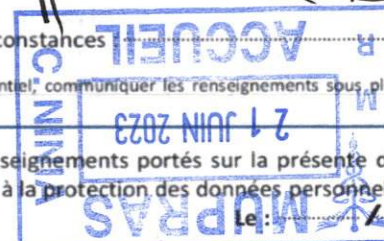
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_

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
06.06.2023	C2		250,00	<p>Dr. BERRADA SOUNI CHAL</p> <p>Ophthalmologiste</p> <p>Galerie Famille Angèle Rue Ju</p> <p>et Av. Vergne 3ème Etage Ma</p> <p>Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 61</p>

25. A

Natures des Actes	Nombre et Coefficient
C <sub>2</sub>	

DR. BERRADA SOUFI CHAÏB  
 Ophthimologiste  
 Galeries Familial Angle Rue Jura  
 AV. Vargine 3eme Etage Maarif  
 TEL: 05 27 79 45 88

EXECUTION D

Dr. <i>Dr. T. Bouhass</i>		EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Lieu et Date de la Facture	
<i>Casablanca</i>	16/06/23	<b>PHARMACIE NADIR</b> Rue N° 3, Hay Arraha N° 29 Casablanca 22 25 09 43 34172000016	
		<b>STERIPHARMA</b> AMM: 255/17 DMP/21/NRQ PPV : 22,00 DH	

**STERIPHARMA**  
DM: 255/17 DMP/21/NRQ  
**PPV : 22,00 DH**

PHARMACIE NADIR  
Rue 33, Hay Arraha N°29  
Casablanca  
22 25 09 43  
34172000016

PHARMACIE NADIR  
Rue N°29 Hay Arranja N°29  
Rte. E. Casablanca  
Tél. 22-25-05 43  
172006076

[illegible]

Cachet et signature du  
Laboratoire et du Radiologue

Date \_\_\_\_\_

### Désignation des Coefficients

Montant  
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Sharp vision	16/06/2023		moniteur			2000 2000 2000

**Cachet et signature  
du Particien**

Date des  
Faire

Nombre
--------

23

monstrum

2000  
1000  
500

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]			
 H ↑ ↓ B ← D → G				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]			
					MONTANTS DES SOINS [ ]		
						DEBUT D'EXECUTION [ ]	
							FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F. PROTHESES DENTAIRE	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 25533412    21433552 00000000    00000000 <hr/> D                  G 00000000    00000000 35533411    11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]			
 H ↑ ↓ B ← D → G	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]			
				DATE DU DEVIS [ ]			
				DATE DE L'EXECUTION [ ]			

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

Nature de	Soins
-----------	-------

	Coefficient
--	-------------

INP : 

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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



# 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 - أنجيوجرافي

Lazik - Cataracte au laser

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

Agrée Pour Permis de Conduire

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème étage Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 95 45 68/69

16.06.2023

الدار البيضاء، في:

M. LACBEN FOUZIA

Lentilles de Contact (v.u. + Monture)  
- Angiographie anti névral

$$\begin{aligned} (v.u.) \quad OS &= (40 - 250) + 150 \\ OH &= (150 - 225) + 150 \\ (v.p) \quad OAH &= 150 + 225 \end{aligned}$$

Sica protect. hy (10.21)

22.00



Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème étage Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 95 45 68/69

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien Cinéma Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca

رواق فاميليا زاوية راسم (اميليا سابقا)  
الطابق الثالث - الدار البيضاء

PHARMACIE NADIR  
Rue N°3, Ha Arraha N°29  
Jadida - Casablanca  
Tél: 05 22 95 45 68/69  
ICE: 660417009076



**Facture client N° : 000077/2023**

**Médecin : BERRADA SOUNI CHAKIB**

Optométrie	Sph	Cyl	Axe	Add
<b>O.D</b>	+1,5	-0,5	40	+2,25
<b>O.G</b>	+1,5	-0,25	150	+2,25

**Liste des ventes**

Désignation	Catégorie	Unité	Prix unitaire	Montant TTC
Optique	Optique	1	2 000,00	2 000,00
PROG LIFE STYLE3 (2) L B 1.5	Verre	2	3 500,00	7 000,00

**NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams**

<b>Total HT :</b>	<b>7500,00</b>
<b>TVA (20%)</b>	<b>1500,00</b>
<b>Total TTC :</b>	<b>9000,00</b>

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :**

**NEUF MILLE DIRHAMS**



**INPE 095000550**

**Cachet :** Casablanca 16/06/2023

**Sharp Vision**  
**Opticienne**

28, Rue d'Auvergne Angle  
Ahmed El Majati - Maarif - CASA  
TEL/FAX : 099 95.82.18

Adresse : 28 rue d Auvergne angle Ahmed Majati Maarif Casablanca TEL : 0522258213 GSM : 0661104  
ICE : 001726091000066 RC : 303750 Patente : 35713739 IF : 5109164