

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

- Reclamation : 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

N° M21- 062625

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1880 (1880) Société : 172700

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SINNAS KHADIJA

Date de naissance : 01-01-1911

Adresse : 68, rue Jean Jours - CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : DR. BERRADA SOUNI CHAKIB

Cachet du médecin :

Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maarif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

Date de consultation : 31/01/2023

Nom et prénom du malade : SINNAS KHADIJA Age :

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

Nature de la maladie : Refraction - 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 : 31/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
30.07.2023	C2		250,00	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Familial Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél: 05 22 99 45 68/69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

PHARMACIE CAMILLE SARRAU
29, Avenue Hassane Soukiani
Casablanca
TP : 35553688 - RC : 521287
ICE: 002831126000060
Tel: 0522 27 17 97

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

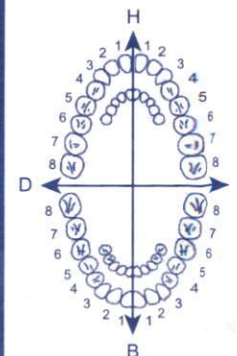
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

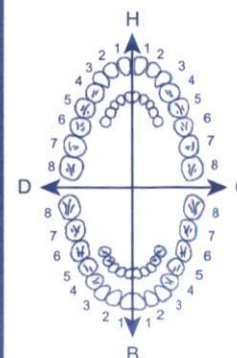
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT 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

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Lazer

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agrée Pour l'Exercice De Conduire



الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوغرافي
لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

31.07.2023

الدار البيضاء ، في :

Sinnaf. Khediga

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage - Maârif - Casablanca
Tél.: 05 22 99 45 58/60

PHARMACIE CAMILLE SARHANI
29, Avenue Hassane Soukiani
Casablanca - RC - 521287
Tél: 35553688 - RC : 521287
Fax: 0022 27 17 07

- Azyte. Coly (145)

28.60
- Antibio Cadron



26.40 x 2
- Tobrex. Coly

157.60



Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia
et Av. Vergne
Casablanca

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

إميلييا سابقا



NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance
جدول أ (لائحة 1) - حصرياً بموجب وصفة طبية

LOT 230801
EXP 02 2026
V 26 40
26.40

TOBREX® 0,3 %
COLLYRE EN SOLUTION
Tobramycine
Flacon de 5 ml
توبريكس 0,3 %
قطرات للعين على شكل محلول
توبراميسين
قارورة من سعة 5 مل

MA
Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بالمغرب
258/19 DMP/21/NRQ

Azyter 15 mg/g
Collyre, B/6 récipients unitaires
PPV : 76,20 DH



Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI

Fabricant : LABORATOIRE UNITHER
Zi de la Guénie - 50211 COUTANCES
CEDEX - FRANCE

الصانع: مخابر اونيتير
المنطقة الصناعية في لا غيري
كوتنس سينكس 50211 - فرنسا

NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
لا يبلع - لا يحقن
احفظ الدواء تحت الموصوفة
LISTE I - Uniquement sur ordonnance
قائمة I - إلا بوصفة طبية