

## 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.



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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0027629

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8127 Société : 184028

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN HAMMOU ABDELWAHEB

Date de naissance : 21/05/1955

Adresse :

Tél. : 06 61 57 14 77 Total des frais engagés : 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 : / /

Nom et prénom du malade : BEN HAMMOU ABDELWAHEB

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

Nature de la maladie : Refractive - opht oculaire

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

### 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 - 5ème 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
16.11.2023	C2		259,00	Dr. BERRADA SOUMI CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Famille Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Gde. Pharmacie de Paris Mme. EL ANASSER 60, Rue Abdou Moumoune - Casa Tél.: 0522 27 42 10 - 0522 26 04 26	16/11/23	189,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Clinique JERMIANIS Service de Radiologie Casablanca Tél.: 05 22 99 37 48	20/11/23	18 OCT	1200,00 dh

# AUXILIAIRES MEDICAUX

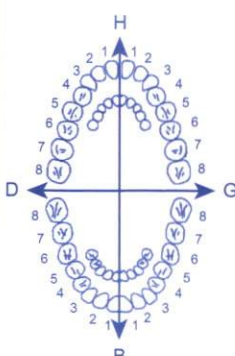
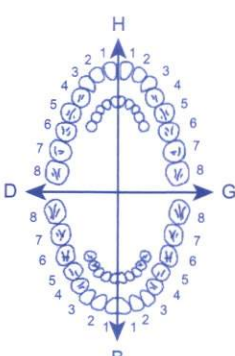
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optique Mlle pour Cent Optométriste & Opticien	27/11/2023					2300,00

# 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 canaux, 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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																
	[Création, remont, adjonction] 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



# Optique 1000%

Opticien - Optométriste

Facture : 002295

Date : 27/11/2027

Mr : BENHAMMOU ABDELKADIR

Docteur :

Type des Verres : progressifs

ergonomique PM

Monture : Optique

400,

\* Vision de Loin :

OD Axe 180 Cyl +1.50 Sph +0.50, 0.50,

OG Axe 0 Cyl +1.75 Sph +0.75, 1.25,

\* Vision de Près :

OD Axe Cyl Sph

OG Axe Cyl Sph

Add :

Montant :

2900,

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - R.C : 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211

LATANOCOM<sup>IM</sup>

Lot:

Exp:

PPV: 89 DH 50





# 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 - Lazer

ليزك - 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 :

20.11.2023

الدار البيضاء ، في :

M. BENHAMOU. Abdelmalek.

Compte Rendu (OCT)

- Examen de la lunette des 4 yeux  $\text{OCT}$   $\text{N}^{\circ} 1$
- Lunette de presbytie  $\text{N}^{\circ} 1$
- pas d'exclamation papillaire  $\text{OCT} = 0,25$   $\text{OCT} = 0,203$
- répartition maculaire des 4 yeux  $\text{OCT}$   $\text{N}^{\circ} 1$
- examen maculaire  $\text{N}^{\circ} 1$  (OCT)
- Aspect maculaire  $\text{N}^{\circ} 1$  (OCT)

$\Rightarrow$  OCT.  $\text{N}^{\circ} 1$

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème étage Maârif  
Casablanca - Tél: 05 22 99 45 68/69

# 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

Agréé pour l'exercice de la profession



الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوغرافي

ليزك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

16.11.2023

الدار البيضاء، في :

BERRADA SOUNI Chakib

Examen de Convergence (v.u. + l.u.)  
v. progressif Anti. myope

$$(VH) \quad OD = (180 + 1,50) + 250$$

$$OH = (0 + 1,75) + 975$$

$$(VP) \quad OD = AD + 250$$

8950

Latrus - l.u. l.u.

rgn l. matn. à 84 p. l.u. l.u.

Optique Maïe pour Cent  
Optométriste & Opticien

Dr. BERRADA SOUNI Chakib  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maïrif  
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/65

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
LIBRARY  
540 EAST 57TH STREET  
CHICAGO, ILL. 60637  
DEPT. OF BIOLOGY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO  
LIBRARY  
540 EAST 57TH STREET  
CHICAGO, ILL. 60637  
DEPT. OF BIOLOGY

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

الدكتور برادة السني شكيب

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au laser

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

Agrée Pour l'exercice de la médecine

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophthalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

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 السيادة

الدار البيضاء ، في :

16.11.2023

M. BENHAMOU. Abdouh

OCT.

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 37 48

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophthalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69



# CLINIQUE JERRADA OASIS



090061078

CASABLANCA Le : 20-11-2023

Facture N° 22859/23

## A. Identification

N° Dossier : CJO23K20115333

N° Identifiant : 083761/23

**Nom & Prénom : M. BENHAMMOU ABDELOUAHED**

C.I.N : B56783

Adresse : 13 RUE JBEL SEROUA HAY ESSALAM

## B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

## C. Débiteur

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-11-2023

Date Sortie : 20-11-2023

Médecin traitant : DR. BERRADA SOUNI CHAKIB

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	O.C.T		1 200,00			1 200,00
Total Rubrique :						<b>1 200,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>1 200,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						<b>TOTAL GENERAL 1 200,00</b>

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Clinique JERRADA OASIS  
Service de Radiologie  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 37 48