

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horlogerie  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

W21-832425

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8756 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MRINI EL RHALI  
Date de naissance : 01/09/1968  
Adresse : RES WIAM, Imme 1, App 3, OULFA, CASA  
Tél. : 0663600361 Total des frais engagés : 4550 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA SOUFI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familial Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca Tél. : 05 22 20 45 68/69

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/12/2023  
Nom et prénom du malade : MRINI EL RHALI Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Refraction - aff. 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 : CASA Le : 25/12/2023  
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
20.12.2023	C2	1	250.00	Dr. BERRADA SOUNI CHARIB Ophtalmologiste Galerie Familia 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

# 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	
HATIM JAAFAR Opticien Optométriste contactologue 10, Bd Achorah Saâda Mohammed Tél: 05 23 28 19 39	25.12.23		Optique			4300.00

# 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	Montant des Honoraires	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	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>B</div> <div>G</div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>				<input type="text"/> 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 - 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 شهادة للقدرة على السياقة



20.12.2023

الدار البيضاء ، في:

Mr. EL MALI

Examen de Conduite (ven + Porteur)  
- presbytie Anti-reflet -

$$(M) \quad \Delta = (M_0 - 1,25) + 0,25$$

$$\Delta = (45^\circ - 2,50) + 0,50$$

$$(V) \quad \Delta = \Delta + 2,50$$

HATIM JAËFAR  
Opticien Optométriste contactologue  
40, Bd Achorafa, Saada-Mohammedia  
Tel: 05 23 28 19 39

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tel: 05 22 50 45 68/69





SETAGENERAL D'OPTIQUE

By Hatime

OPTIQUE - OPTOMETRIE - LENTILLE DE CONTACT

Facture N° :

1840/23

Mohammedia le :

25/12/2023

Mme / Mr :

URINI ECRHACI

Dr :

BERAADA Soumi CHAKRIB



095019279

VL

VP-Add

OD :

(-1.00 -1.75) +0.75

OD :

+2.75

OG :

(-4.75 -2.75) +0.75

OG :

Monture

Optique

660100 DH

Verres

progrès organique AR

3700,00 DH

Américain

Total à payer :

4300,00

Dh

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

quatre mille

Trois cent

DH 5

Cachet et signature

HATIM JAËFAR

Opticien Optométriste Contactologue

40, Boulevard Achorafa, Saada, El Alia, Mohammedia - Tél : 0666474525

Patente N° : 3653246 - RC N° : 18891 - IF N° : 20699296 - ICE N° : 001587406000070