

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

- 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-0023492

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6306 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Agnès T. Hamm
Date de naissance : 1950
Adresse :
Tél. : 0664 1084 33 Total des frais engagés : 456.40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr. BERRADA SOUMI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 99 45 68/69
Date de consultation : 22 / 12 / 2023
Nom et prénom du malade : Agnès THAMI Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Réfraction myopie
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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
22.12.2023	C2	250 n	250 n	Ophtalmologiste Galerie Familiale Angle Rue Jura et Av. Vergne - 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 5 22 99 45 68/65

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22/12/23 123		206,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

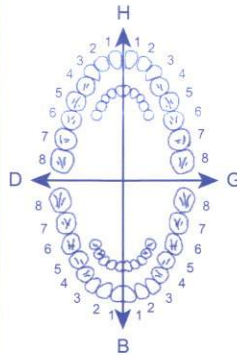
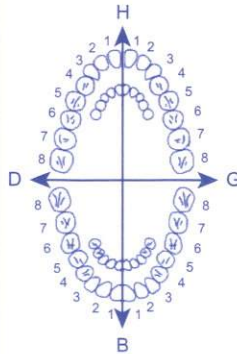
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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

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

ليزك - إزالة الجلالة بالليزر

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

Agrée pour Polynésie à Casablanca

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

22.12.2023

الدار البيضاء ، في :

AZMINE - TIANI

68.80 x3
Carteol. 2% (L.P.) Collyre.



1g le matin p. 03 mois

T = 206.40

CARTEOL L.P. 2% LOT/ رقم الدفعة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 68.80 DHS

K1154
09-2023
08-2025



CARTEOL L.P. 2% LOT/ رقم الدفعة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 68.80 DHS

K1154
09-2023
08-2025



CARTEOL L.P. 2% LOT/ رقم الدفعة
Collyre 3ml FAB/ تاريخ الإنتاج
ZENITH PHARMA EXP/ تاريخ الانتهاء
AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM
6118001270040 PPV : 68.80 DHS

K1154
09-2023
08-2025



PHARMACIE EL RHAZI
YEZROUR Driss
Dcteur en Pharmacie
25 - 26 CH 18 R. El Oulfa
CASABLANCA
Tél: 05 22 89 03 07

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

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

رواق فامليا زاوية زنقة جورا و أوفربي (سينما فاميليا سابقا)
الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء