

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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 - 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19-0035786

ND: 33032

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10527 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MAJID ADEL  
Date de naissance : 18/04/1967 Rue la fraternité  
Adresse :  
Tél. : 06 00 56 56 72 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB**  
**Ophthalmologiste**  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maarif  
Casablanca - Tél. : 05 22 99 45 61

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/07/2020  
Nom et prénom du malade : MAJID  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Refractive + Asth  
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 : 19/07/20

Le : / /

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
03.07.2020			260,17	Dr. BERRADA SOUMI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif asablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	08/07/20	2.909,21
		YCE 002264846 000032

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT 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 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Laser

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أخبيوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

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 99 45 68/69

Casablanca, le : 03, et 2020 : الدار البيضاء ، في :

7<sup>ème</sup> Majia Adil.

Lentilles de Contact (verre + Monture)  
v. Augment Anti-reflet

$$\begin{aligned} (VL) \quad D_L &= (165 - 1,17) - 1,10 \\ d_L &= (165 - 2,50) - 1,10 \\ (VS) \quad D_S &= 165 + 2,10 \end{aligned}$$

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





**Bidah Soumia  
OPTICIENNE**

**FACTURE**

**N° 004756**

**Clin d'oeil**

30, Rue Assaâd Ibnou Zarara

(Ex Ballon d'Alsace - Maârif)

Casablanca

Tél.: 022 25 17 65

Fax: 022 25 17 65

Mr: **MAJID ADIL**

Casablanca le : **08/07/20**

Sur Ordonnance du Dr. : **Berrada Sami**

QUANTITE	DESCRIPTION	TOTAL
1	Monture	500
2	Verre Torique Sphérique Progressif 1.5	
	Orga - Minéral BBGR	
	N° Nom	(2x 1260DH) 2400DH
	Monture	
	Verre Torique Sphérique	
	Orga - Minéral	
	N° Nom	

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

**Deux mille sept cent DHs**

TOTAL H.T

**2900DH**

T.V. A. 20%

TOTAL T.T.C

R.C. Casa : 55785 - T.V.A. : 705123 - Patente : 35701932 - CNSS : 2030211