

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Optique :

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

## Educations :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0037894

83907

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1797 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. DAIF ABDERRAHIM

Date de naissance : 30/06/54

Adresse : 80 ESSAADA SIDI MAAROUF CASA-

Tél. : 06 60 61 68 69 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Famila Angle Rue Jura  
et A. Vergne 3ème Etage Maarif  
Casablanca - Tel : 05 22 95 45 68/69

Date de consultation : 23/06/2021

Nom et prénom du malade : Daif Abderrahim Age :

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

Nature de la maladie : Refractive

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 : 13/09/21

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
23.06.2021	C2		25,7	Dr. BERRADA SOUNI CHARIB Ophthalmologiste Galerie Familiale Angle Rue Jura et A. Verges 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 63/64

## 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
		AM	PC	IM	IV	
OPTIQUE YOUNESS Opticien Optométriste Souk Koréa, Bloc EF N°13 Casablanca / Tél.: 0661.65.09.77	24/06/2021					3500 Dhs

# 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX	
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(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



# OPTIQUE



# YOUNESS

ROKENEDDINE Mohammed

محمد ركن الدين

Souk Koréa Bloc (EF)

N°15 - Casablanca

Tél : 06 61 65 09 77

R.C : 247708

Patente : 45519260

ICE : 000885021000189

## FACTURE

N° 000744  
TF: 3661440

سوق القريعة بلوك (EF)

الرقم 15 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 65 09 77

س.ت. : 247708

Casablanca, le

24/06/2021

M

DAIFI

Abderrahim

Doit

Docteur BERRADA Souni Chakib

Nomenclature N° 188

VL OD : cyl sph  $(160^\circ + 0.25) + 1.50$

1300,00

OG : cyl sph  $(10^\circ + 1.25) + 0.50$

VP OD : cyl sph Add. + 2.50

OG : cyl sph Add. + 2.50

1300,00

2 Verres : Progressif Design 90 Add

1 Montures : Optique 465

900,00

Facture arrêtée à la somme de :

Trois mille cinq cents DH

3500,00

OPTIQUE YOUNESS  
Opticien Optométriste  
Souk Koréa Bloc EF N° 15  
Casablanca / Tél.: 0661.65.09.77

payé en espèces

D

90

OPTIQUE YOUNESS  
Opticien Optométriste  
Souk Koréa Bloc EF N° 15  
Casablanca / Tél.: 0661.65.09.77

# 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 Permis De conduire



الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول - عدسة الاتصال - الليزر - أخيوغرافي

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 A. Vergin - 3ème Étage - Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

Casablanca le : 23.06.2021 . في : الدار البيضاء ،

7? D.O.F. Abdelhakim

Lentilles de Contact (ven + Pointus)  
Augment Anti-reflex

(VU) OS = (N62 + 0,25) + 1,50 -  
OL = (0' + 1,25) + 2,50 -  
(VR) RX = AA + 2,50 -

OPTIQUE YOUNESS  
Opticien Optométriste  
Souk Koréa, Bloc EF N° 15  
Casablanca / Tél.: 0661.65.09.77

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