

# 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.

## 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.

## Prothèses :

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

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

N° M21- 072207

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5738 Société : 115381  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ZOULFI MOHAMED  
Date de naissance : 31/12/1955  
Adresse : Cite el Hawk - Imm 1 Apt. 17  
CASA  
Tél. : 0661769233 Total des frais engagés : 0400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BERRADA SOUFI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familial Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maarif  
Casablanca - Tél : 05 22 99 45 68/69  
Date de consultation : 19/04/2022  
Nom et prénom du malade : ZOULFI mohamed, Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : aff. thim oculaire  
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 : 17/04/2022  
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
19.04.2022	Ophthalmologiste	1		Dr. BERRADA S. CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Anga Rue Jura et An. Vergne 3ème étage Maarif Casablanca - Tél: 06 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
RADIOLOGIE SOCRATI Dr. BERRADA S. CHAKIB Angela Vergne 3ème étage Maarif Nassim 13 - 0522 25 75 05	19/04/22	Echographie	4000 d

# AUXILIAIRES MEDICAUX

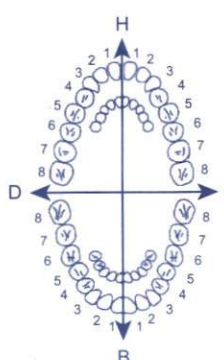
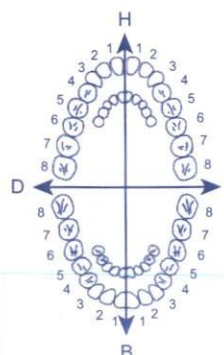
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
						

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l

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><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
	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

# 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'Ophtalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتورة برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Casablanca, le :

11.04.2022

الدار البيضاء ، في :

Zouabi, Mohamed

Examen → oculaire

- LA,

- Aspect du fond d'œil.

RADIOLOGIE SOCRATF  
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI  
Angle Bd Brahim Roudani Rue  
Nassir Hadine Rés Anfa 1 - Casablanca  
Tél : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème étage Maârif  
Casablanca - Tél: 05 22 99 45 66/69

# ***RADIOLOGIE SOCRATE***

FACTURE N°01059 /22

CASA LE 17.5.22

**Nom & prénom : ZOUAFI MOHAMED**

Examens	Prix
Echographie oculaire	400.00
TOTAL :	<b>400.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Quatre cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Residence ANFA  
Casa. ☎0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA : 517743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

**RADIOLOGIE SOCRATE**  
Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Residence ANFA  
Casa. ☎0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA : 517743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087





الفحص بالأشعة سقراط  
RADIOLOGIE SOCRATE

الدكتور محمد بلقاضي العباسي  
Dr. Mohammed BELCADI ABASSI

الدكتور جمال بناني  
Dr. Jamal BENNANI

CASABLANCA LE : 17 mai 2022

NOM : ZOUAFI  
PRENOM : Mohamed  
MEDECIN TRAITANT : DR. BERRADA SOUNI C.

Echographie oculaire

- Aspect hyperechogène et hétérogène des deux cristallins en rapport avec une cataracte bilatérale .
- Absence de signe d'hémorragie ou de décollement rétinien .
- Signes de dégénérescence vitréenne .
- La longueur axiale est mesurée à 26,5 mm à droite et 26,6 mm à gauche.

CONFRATERNELLEMENT

DR. J. BENNANI

**RADIOLOGIE SOCRATE!**  
Dr. BELCADI - Dr. BENNANI  
Angle Bd. Brahim Roudani Rue  
Nassih Eddine Rés. Anfa 1 - Casablanca  
Tél : 0522 25 73 13 - 0522 25 75 05

# Ultrasound Report

Page 1

## PATIENT

Name: ZOUAFI MOHAMED  
ID: 40850-22-05-17-2  
Birth Date:  
Sex: O

## EXAM

Accession #:  
Exam Date: 17/05/2022  
Exam Type:  
Sonographer:

