

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

N° M21- 068341

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10527 Société : 125107
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MAJID ADEL
Date de naissance : 16/01/1970
Adresse : 18, Rue la Fraternité Racine Casa
Tél. : 0600 565672 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Cachet du médecin : Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél. : 05 22 99 45 68/69
Date de consultation : 03/08/2022
Nom et prénom du malade : MAJID ADEL Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Refraction, Affect. 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 : 03/08/2022
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
03.08.2022	C2		50,00	<p>Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB</p> <p><i>Ophtalmologiste</i></p> <p>Galerie Familla Angie Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69</p>

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03.08.2022	C2	1	250 M	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Familla Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

[illegible]

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

[illegible]

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

Date des Soins	Nombre		
	A M	PC	IM
05/08/2022		1 Motone	
		+ 2h	

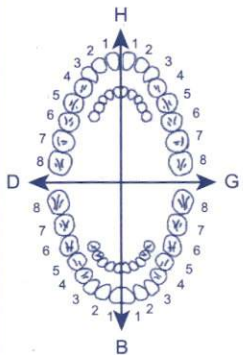
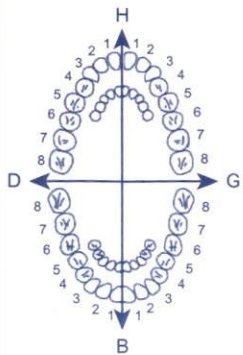
Montant détaillé
des Honoraires

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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'R' at the bottom. The arch is supported by two main piers, each with a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The arch is supported by two main piers, each with a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'D' on the left and 'C' on the right.

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

<div>O.D.F</div> <div>PROTHESES DENTAIRES</div>	<div>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div><div><div>H</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div></div><div><div>D</div><div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>G</div><div><div>00000000</div><div>11433553</div></div></div><div>B</div></div><div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div><div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div></div></div>	<div><div>CCEFFICIENT DES TRAVAUX</div><div></div></div> <div><div>MONTANTS DES SOINS</div><div></div></div> <div><div>DATE DU DEVIS</div><div></div></div> <div><div>DATE DE L'EXECUTION</div><div></div></div>
---	---	--

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	R	

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE 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 l'exercice de l'Ophtalmologie



الدكتورة برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافيا

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

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

Casablanca, le : 03.08.2022 : الدار البيضاء ، في :

Dr. Majid Adil.

Lentilles de Contact (vue + Monture)
v. progressif Anti-reflex

sumica optique
TACHAGHITA
7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél/Fax: 05 22 27 33-83

(VR)

$$ds = (155 - 1,0) - 1,25$$

$$ds = (0 - 0,50) - 1,25$$

$$ds = AB + 2,00 -$$

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB

Ophtalmologiste

Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien Cinéma

Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca

Tél. : 0522.99.45.68/69

رواق فاميليا زاوية زنقة جورا و أوفرني (سينما فاميليا سابقا)

الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.99.45.68/69

TAGNAOUTI A.

OPTICIEN OPTOMETRISTE DIPLOME D'ETAT

7 - 9 Passage du Grand Socco (Sumica)

Tél.: 212 5 22 26.16.14

Tél/Fax : 212 5 22 27.33.83

Casablanca - Maroc

sumica optique
TAGNAOUTI A.
Casablanca
7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél./Fax: 05 22 27 33 83

05/08/2022

FACTURE 028855

(N°: 09505997)

(CE: 176389000080)

Dr Soumi. CHAKIB.

M MAGID
ADIL

Vision de loin

OD : cyl sph

OG : cyl sph

Vision de près

OD : cyl sph

OG : cyl sph

Double Foyer

OD : cyl (155° - 1.25) sph - 1.25 Add + 2.00

OG : cyl (0° - 0.50) sph - 1.25 Add + 2.00

Quantité :	Désignation	Prix
1	MONTURE <u>Alu</u>	800 Dhs
	VERRE <u>des yeux pour Myopie</u>	3800 Dhs
	<u>Traité A l'huile Sumica</u>	
	<u>réducteur de l'oeil</u>	

Montant en lettre : quatre

TOTAL

4600 Dhs

Cachet, signature

 **sumica optique**
TAGNAOUTI A.

7-9 Passage du Grand Socco (Sumica)
Casablanca - Tél./Fax: 05 22 27 33 83

PATENTE N° 33105988