

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0037823

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10153 Société : RAN 144327  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Matham Lelbiri  
 Date de naissance : 06/02/68  
 Adresse : 32 Rue Abdoukhalek el marouini  
 Maarif  
 Tél : 0666303635 Total des frais engagés : # 369,3 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des										
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<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> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis											
Fonction thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de											

Voir et cachet du praticien attestant le devis	Voir et cachet du praticien attestant l'exécution
--	---

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
<b>DECLARATION N°</b>	W18-359629	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-359629

DATE DE DEPOT

17/10/2022

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>	Mle	10153
Nom & Prénom	Marhoun Lebair	
Fonction : <i>Manager</i>	Phones	
Mail		

<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient	MARHOUN	IANE
Adhérent	Conjoint	Enfant	Age
Nature de la maladie	Date 1ère visite		
<i>Refraction + aff. dentaire</i>			

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C2</i>		<i>200</i>

<b>PHARMACIE</b>	Date
Montant de la facture	
<i>119.30</i>	

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>	Date
Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	



# 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 وجراحة العيون

طب الحول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافي

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 : 17.10.2022 : في : الدار البيضاء ،

M. MARHOUM - Imane

Examen de l'oeil (v.d.) (v.a. + Marten)

v. Antérieur  
v. Antérieur

$\Delta = (180 - 225)$   
 $\Delta = (0 - 225)$



28.60

- ophtalmo. Colly  
90.70

Ngx 4/1 K 05;  
Ngx 3/1 K 05;  
Ngx 2/1 K 05;  
Ngx 2/1 K 100;  
119.30

Dr. BERRADA SOUNI Chakib  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
3ème étage 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 فامليا زاوية روكور (سكنيا فامليا سابقا)  
الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء  
الهاتف : 0522.99.45.68/69