

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-767593

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>MRA</u>	Société : <u>RADA 61260</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>BAROUSSO noumia</u>			
Date de naissance : <u>26 Avril 1982</u>			
Adresse : <u>22 Avenue Ahmed charbi Rabat VAL D'AINFA</u>			
Tél. : <u>0668973531</u> Total des frais engagés : <u>27 500</u> Dhs			

Autorisation CNPUP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<b>DR. BERRADA SOUNI CHAKIB</b> <b>Ophtalmologiste</b> <b>Galerie Familia Angle Rue Jura</b> <b>et Av. Vergne 3ème Etage Maârif</b> <b>Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69</b>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>14-03-2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>FARES mohamed. RÉDA</u> Age: _____			
Lien de parenté : <u>Réfractaire</u> <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : _____			
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.

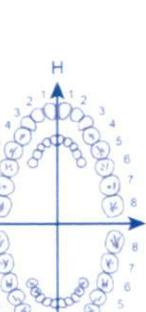
Fait à : CASABLANCA le 16/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : FARES mohamed. RÉDA



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cheffigence des Honoraires	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
My. 03. 2023	12	BERRADA SOUNI CHARIB Ophthalmologiste Galerie Familia 3ème Etage Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel : 05 22 99 45 08/09	150.00	DT. BERRADA SOUNI CHARIB IN Ophthalmologiste Galerie Familia 3ème Etage Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 08/09

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et AY. ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE GENEVIEVE BOURGEOIS Autome 2023 GSM: 06/00/985</i>	16.05.2023	2500,00.-Li

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																																			
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																														
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																														
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																														
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412		21433552						D										B					G				
H		25533412		21433552																															
D																																			
B																																			
G																																			
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																	
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																	

# OPTIQUE GHITA

Opticien spécialiste

Bd Youssef Ben Tachfine Hkam 1  
N°454 - El Hay Mohammedi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428

MOUSSAOUI Abdssamad

INPE . 095012357



05881

# نظارات غيتة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف بن تاشفين حكم 1

رقم 454 - الحي المحمدي

الهاتف : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتننا : 32825428

Ordonnance de M. le Docteur : D. S. CHAICIZ

N° DE nomenclature.....

*2 faire 1107 AR*

Correspondant à la prescription .....

LOIN

O.D : *10,10 mm) - 2,00*

O.G : *17,0 - 073) - 1,75*

PRES

O.D : .....

O.G : .....

## FOURNITURE

Monture :

*Plastique*

900,00

Verres :

*Optique 160 AR UV*

0,

800,00

0,

800,00

Total :

2500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de .....

Casablanca, le .....

M. ou Mme : *FARES MOHAMMED RIDA*

*Rachid Ghita Optometriste*  
Optique 160 AR UV Hakam 1, Casablanca  
N° 452 - Casablanca  
Tel: 05 22 60 34 39 GSM: 06 69 00 97 85

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

الدكتور برادة السنى شكيب

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au laser

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agree Pour Permettre de Conduire

*Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophthalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et AV. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tel.: 05 22 60 45 68/69*

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
طب حول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

الدار البيضاء ، في:

*FARES mohammed . vedas*

lunettes de Correction (ب6) (verres + Monture)

v. Anti reflet

v. Antirougeur

$$1 \text{ ب6} \quad 0,0 = (1,0 - 1,0) - 2,00 = \\ 0,0 = (1,70 - 0,75) - 1,25 =$$

*OPTIQUE GHITA  
Opticien Optométriste  
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine  
N° 452 - Casablanca  
Tél: 05 22 60 34 59-GSM: 06 09 00 97 85*

*Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophthalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et AV. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tel.: 05 22 60 45 68/69*