

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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-767593

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11111 Société : RAD 61260

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BADOUSSE Nouma

Date de naissance : 2000

Adresse : 2000 Ahmed Chara Road VAL D'ANPA

Tél. : 0668973031 Total des frais engagés : 275000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14.03 / 2023

Nom et prénom du malade : FARES Mohamed Rida Age : 18

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

Nature de la maladie : Refractom

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 16/05/23

Signature de l'adhérent(e) : ACQUER

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
16.03.2023	12		2500.00	Dr. BERRADA SOUNI CHARIB Ophtalmologiste Galerie Familiale Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél.: 05 22 89 45 68/69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacia ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16.03.2023	2500.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

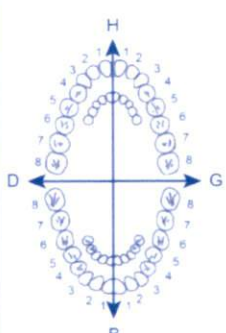
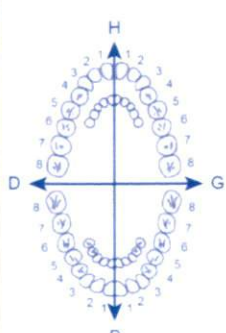
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF

SOINS DENTAIRES	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"/>																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <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 <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OPTIQUE GHITA

Opticien spécialiste
Bd Youssef Bno Tachfine Hkam 1
N°454 - El Hay Mohammadi - Casa
Tél : 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39
Patente : 32825428
MOUSSAOUI Abdssamad
INPE : 095012357



05881

نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية
شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1
رقم 454 - الحي المحمدي
الهاتف : 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39
الباتنتا : 32825428

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

N° DE nomenclature <u>2400 407 AR</u>	
Correspondant à la prescription	
LOIN	O.D. : <u>10 - 1.00 - 2.00</u> O.G. : <u>10 - 1.00 - 1.75</u>
PRES	O.D. : _____ O.G. : _____

FOURNITURE

Monture : Plastique

Verres : Original 160 AR UV

Total : _____

	900,00
90,	800,00
60,	800,00
	2500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 16.05.2023

M. ou Mme : FARES MOHAMMED REDA

ICE 001789511000067 - IF : 40151582 - RC : 37 20 42 CNSS : 173923031

Optique GHITA
Opticien Autométriste
Bd Youssef Bno Tachfine Hkam 1
N° 454 - Casablanca
Tél : 06 69 00 97 85 - GSM : 05 22 60 34 39

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'Ophthalmologie

Agrée Pour Permis de Conduire



الدكتور برادة السني شبيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي

ليزك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

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

Casablanca, le :

14.03.2023

الدار البيضاء ، في :

FARES mohamed. ved

Lentilles de Contact (v.d) (v.g. + Prisme)

v. Anti reflex

v. Anti bleur

$$(v.d) \quad D.S = (10 - 1.00) - 2.00 =$$

$$d.l = (17.0 - 4.75) - 1.75 =$$

OPTIQUE GHITA
Opticien Optométriste
Hakam 1, Bd. Ibn Tachine
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 69 00 97 85

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