

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

M23-0028860

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02520 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMADOU MOSTAPHA

Date de naissance : 20/09/1954

Adresse : 62 RUE IBRAHIM NAFISS AP. N°8 - 3^e ETAGE CHA

MAARIF

Tél. : 0678588384 Total des frais engagés : (2500 + 3200 Dh) Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. BERRADA SOUNI CHAKIB

Ophthalmologiste

Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maarif
Casablanca - Tél. : 05 22 20 45 68/69

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.12.2023

Nom et prénom du malade : AMADOU Mostapha

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

Nature de la maladie : Refraction + affection oculaire

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 : 25/12/2023 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'Horlogerie
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
21.12.23			50,00	Dr. BERRADA SOUM CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Familiale Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél. 05 22 00 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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	25/12/23					

Akram Daali
Inpe : 065032633

Akram Daali
Inpe : 065032633

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															
				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 border="1"> <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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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



OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Un autre regard sur vos yeux

FACTURE N°:

N° 000944

Casablanca, le: 25/12/23

Mme / Mr:

AMADOU Mustapha

Dr:

BERRADJANI Chakib

OD: ^{VL} (90° - 1.50) - 0.75
OG: (170° + 1.10)

VP-Add

OP: AD + 2.50
OG:

Monture

Métal - Nickel

600

DH

Verres

PROGRESSIF A.D.

2600

DH

Total à payer:

3200

DH

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Trois Mille

Akram Daali

Inne: 065032633



Cachet et signature

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tel: 05 22 29 55 36

Capitale 100.000 - Patente 3502703 - IF 47232711 - RC Casablanca

ICE 002642590000069

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

الدكتور برادة السني شكيب

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

طب الحول عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوغرافي

Lazik - Cataracte au Lazer

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

Agree pour l'exercice de la profession

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السيادة

21.12.2023

Casablanca, le : في: الدار البيضاء

AMASSOU. Mastopha

Lentilles de contact (vue + Montan)
(v. progressif, anti-reflet)

$$(v) \quad \text{ov} = (90 - 1,50) - 0,75$$

$$\text{oh} = (170 + 1,50)$$

$$(v) \quad \text{ovh} = \text{Ad} + 2,50$$



Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 55 68/69