

## 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-475214

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6235 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Nassir Jod  
 Date de naissance : 19/02/2020  
 Adresse :  
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BERRADA SOUFI CHAKIL  
 Ophtalmologiste  
 Galerie Familial Angle Rue Jura  
 Av. Vergne 3ème Etage Maarif  
 Casablanca - Tél. : 05 22 99 40 00

Date de consultation : 08/02/2020  
 Nom et prénom du malade : Nassir Jod Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 05/02/2020 Le : 08/02/2020

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
02/02/2020			250	DR. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Familiale Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/2019	28,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

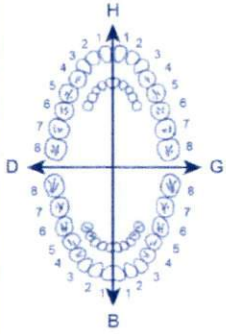
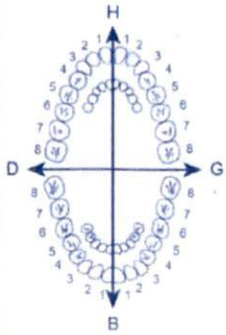
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	19/04/2020					3109,00

# 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	DNP : <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 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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Lazer

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire

الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الإتصال - الليزر - أخبيوغرافي

ليزك - إزالة الجلاطة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة



Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophthalmologist  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
1<sup>er</sup> Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tél. 05 22 99 45 68

الدار البيضاء ، في : 27.02.2020

M<sup>re</sup> Jamil. Mohamed

Lentille de Contact (œil - 17outre)  
c. Progressif Antiréflex

$$AD = (15^\circ - 1,25) + 0,25$$

$$AH = (165^\circ + 0,25)$$

$$ASH = AD + 2,50$$

Pharmacie El Manal  
320 Bd. Mohammed VI  
Tél. 22 99 98 29

28,80



Antic. 17

18/11/2020 Dr. E

ZENITH Pharma



6 113001 270521  
FPV : 28,80 DH

Opticien - Optométriste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
1<sup>er</sup> Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tél. 05 22 99 45 68



# ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES OPTICIENS DU MAROC

## OPTIQUE CHERIFIENNE

(opticien spécialiste)

89, Rue Beni M Guild

Casablanca

Tél : 0661766644

Ordonnance de M. le Docteur :

*BERRADA SOUM CHAKIB*



النظارات الشريفة

اختصاصي في النظارات البصرية

89، زنقة بني امكيد الدار البيضاء

الهاتف : 0661766644

N° 001040

N° de nomenclature ..... *432* .....

Correspondant à la prescription ..... *14/10* .....

LOIN	OD : <i>(15.171/402)</i>	PRES	OD : <i>+2.50</i>
	OG : <i>(165/3.50)</i>		OG : <i>+2.50</i>

## FOURNITURE

1 Montures : *20119*

2 Verres : *1109*

Total : *3109*

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca le : *19/10/2020*

M/ou Mme : *JALIL MOHAMED*

<i>900/-</i>	<i>Montures</i>
<i>1109</i>	<i>Verres</i>
<i>1109</i>	<i>Verres</i>
<i>3109</i>	<i>Dirham</i>

OPTIQUE CHERIFIENNE  
Opticien - Optométriste  
89, Rue Beni Mguild Hay Laâyoune  
Casablanca - Tél: 06 61 76 66 44