

## 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° W19-498884

38889

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8756 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MRINI EL RHALI

Date de naissance : 01 / 09 / 1968

Adresse : Res WEAM, km 2, APP 3, OULEFA, CASA

Tél. : 0663.60.03.61 Total des frais engagés : 4450 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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02.09.2020

Nom et prénom du malade : MRINI EL RHALI Age :

Lien de parenté :  lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Refraction

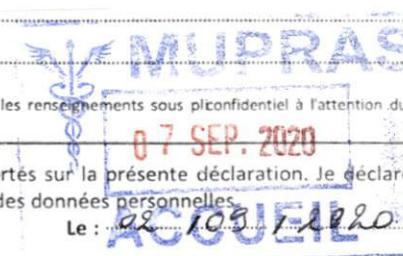
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASA Le : 02.09.2020

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
02.09.2012	Ophtalmologiste	1	2500	Dr. BERGADA SOUM CINDA Ophtalmologiste Galerie Famim Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél.: 05 22 99 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	02/09/12		optique			2500

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<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	
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D	G															
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
[Création, remont, adjonction] 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																

# 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 Permettre de Conduire



الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الاتصال - الليزر - أخيبوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

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

الدار البيضاء، في : 02.09.2020

M<sup>re</sup> Mami el Razi

Lentilles de Contact (une + l'autre)  
v. presbytie Antinifl

$$(14) \quad \begin{aligned} \text{OD} &= (110 - 2,75) + 25 \\ \text{OS} &= (55 - 2,75) + 25 \end{aligned}$$

$$(15) \quad \text{OSD} = 40 + 25$$

LIBERTY VISION  
Ancien Optométriste  
107 Bd. d'Anzarane (Ex B. Chaâbel)  
Rd. Alyamama Casablanca  
Email: libertyvision.ma

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

# LIBERTY VISION

RC N°: 424508

N°: 402388

RC N°: 424508

N°: 402388

CNSS N°: 5133327

CNSS N°: 5133327

ICE: 5180771700004

Résidence El Yamama

107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheïl)

Mâarif Casablanca

Patente N°: 35800120



Tél : 05 22 25 16 26

N° 0026050

إقامة اليمامة  
107 شارع بئر انزاران  
المعاريف الدار البيضاء  
البتانتا : 35800120

Docteur : BERRADA MOHNT CHAKIB

Mr. : MRINT EL RHALI

## Nomenclature :

Montures :

VL : optique

600

VP :

Type de Verres :

Progressif organique  
MR Aluminé

## VISION DE LOIN :

OD : Axe : 180 Cyl : -2.00 Sph : +0.25

OG : Axe : 55 Cyl : -2.75 Sph : +0.25

## VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph :

OG : Axe : Cyl : Sph :

Add : +2.50

TOTAL : Quatre Mille Deux Cent Dhs

Le : 02/09/07