

## 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

- 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.

N° W19-507889

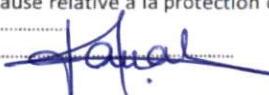
142133

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 4248		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : Janati Idrissi Khalid		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 07/02/60		Adresse : 20 Route Dy Thami Hay el Neur H.H. CASABLANCA	
Tél. : 06 62 16 14 82		Total des frais engagés : 5450,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél : 05 22 99 45 68/69
Date de consultation : 10.11.2022	Nom et prénom du malade : JANATI Idrissi Khalid
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : Réfractaire	<input type="checkbox"/> Enfant
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 : 22/12/22.

Signature de l'adhérent(e) : 

### RELEVE 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
10.11.2022	Dr. BERRAL & SOUNI CHAKIB Oncologue et AV. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel: 05 22 99 45 68/69	C	5200 DT	D. BERRAL & SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

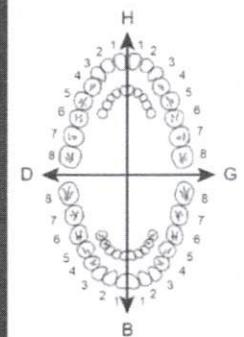
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

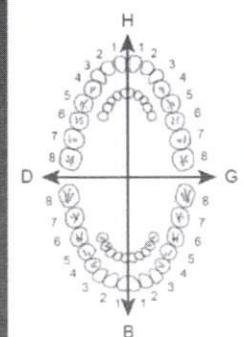
Cachet et signature du praticien	Date	Nombre des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
			AM	PC	IM	IV	
Lentille Reffet	10/11/22						5200 DT

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 Lazar

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agree Pour Permis De Conduire



الدكتورة براة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب العين عدسة الاتصال - الليزر - انгиوغرافي

لزیک - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

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

10.11.2022

الدار البيضاء ، في :

72. J. ANATI INDIKRI.  
Chakib

lentille de contact (un + Lentille)

Progressif . Anti-reflet  
Amour.

(VL)  $00 = (105^{\circ} - 0,25) - 6,00$  .

00 =  $(90^{\circ} - 0,25) - 6,00$  .

(VR)  $00 = Ab + 2,50$  .

Lentille Reflet

Youssef HOUBBADI

Opticien Optométriste

Rdc Résidence Alfarai Avenue

Abou Rakrak - Dulfa Casablanca

Impe : 095021408 / Fixe : 05 20 01 14 52

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB

Ophthalmologiste

Galerie Familia Angle Rue Jura

et Av. Vergne 3ème étage Maârif

Casablanca - Tel.: 05 22 99 45 68/69

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien Cinéma

Familia ) 3ème étage - Maârif - Casablanca

Tél. : 0522.99.45.68/69

رواق فامليا زاوية زنقة جورا و أوفرني (سينما فامليا سابقا)

الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء

0522.99.45.68/69

الهاتف :



Parce que la vision est le reflet de votre identité

MR JANATI IDRISI KHALID

FACTURE N° : 585

DATE : 16-12-22

Désignation	Qté	Prix Unit.	Valeur	TVA
OD : VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF ANTI-LUMIERE BLEU AMINCI 1.67	1	2250	2250	20%
OG : VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF ANTI-LUMIERE BLEU AMINCI 1.67	1	2250	2250	20%
MONTURE OPTIQUE	1	700	700	20%
OD -6.00(-0.75 A 105)				
OG -6.00(-0.25 A 90)				
ADD +2.50				
<i>Lentille Reflet Youssef HOUBBADI Opticien Optométriste Rdc Résidence Alfaraj Avenue Abou Rakrak - Oulfa Casablanca Inpe : 095021408 / Rnx : 05 20 01 14 52</i>				
<b>Total</b>	<b>3</b>		<b>5200</b>	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.
4333.33	866.67	5200

RDC Résidence Alfaraj Avenue Abou Rakrak - Oulfa - Casablanca

R.C : 424307 - Patente : 31200643 - IF : 33650582 - CNSS : 1366523 - ICE : 002210501000088

Tél : 06 73 89 86 23 - E-mail : lentille.reflet@gmail.com