

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W21-776715

14/22/25

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8756	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MRINI EL RHALI			
Date de naissance : 01/09/1968			
Adresse : Res WIAM , Imm 1 , App 3 , OULFA , CASA			
Tél. : 06 63 60 03 61	Total des frais engagés : 2950 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophtalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel. : 05 22 99 45 68/69	
Date de consultation :	17.12.2022		Age :
Nom et prénom du malade :	MRINI AYMEN		Enfant
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		
Nature de la maladie :	Antécédent - Migraine		
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombrelet Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17.12.2022	C	DR. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3eme Etage Maârif Casablanca - Tél : 05 22 99 45 68/69	250,-	DR. BERRADA SOUNI CHAKIB INP Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3eme Etage Maârif Casablanca - Tél : 05 22 99 45 68/69

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

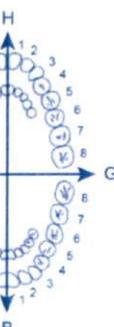
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Optic LIBERTY VISION Opticien Optométriste 17, Bd Bécharafane (Ex Bd Raphaël) 162 Alyatnana Casablanca Tunisie 1626 Email:liberty.vision.tn D.H	20/12/22		optique			27.000

RELEVE 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 canalaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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 Lazar

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire

الدكتورة براة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجول عدسة الاتصال - الليزر - انجيوغرافي

لزيك - إزالة الجلاة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص لعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophthalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3^{eme} Etage Maârif
Casablanca - Tel.: 05 22 99 45 68/69

17.12.2022

الدار البيضاء ، في :

M'Rini . Aymen.

lunette de Conduis (ب) (ب) (ب) (verre + flotteur)
+ Anti reflets

$$(V) \quad D = (182 + 418) - 0,50 .$$

$$D = (25^{\circ} + 418) - 0,25 .$$

Optic LIBERTY VISION
Opticien Optométriste
107 Bd Bir Zazara (Boulevard)
Res. Alyanama Casablanca
www.libertyvision.ma

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophthalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3^{eme} Etage Maârif
Casablanca - Tel. 05 22 99 45 68/69

LIBERTY VISION



Résidence El Yamama
107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheil)
Mâarif Casablanca
Patente N°: 35800120

Tél : 05 22 25 16 26

N° 0026872

اقامة اليمامة
107، شارع بترانزاران
المعاريف الدار البيضاء
البيانات : 35800120

Docteur : BORRADA SOUNI CHAKIB
Mr. : MAINS Aymen

Nomenclature :

Montures	VL :	optique	S = 0, 00
	VP :		
Type de Verres	Aigomique AR A明視 Bleu		

VISION DE LOIN :

OD : Axe :	100°	Cyl :	+ 4,00	Sph :	- 0,50	1100, 00
OG : Axe :	75°	Cyl :	+ 4,00	Sph :	- 0,20	1100, 00

VISION DE PRES :

OD : Axe :	Cyl :		Sph :	PATENTE N° RCN° : 424508	35800120
OG : Axe :	Cyl :		Sph :	CNSS N° ICE : 007887717000004	F.N° : 40238037 5133327
Add :					

TOTAL : Deux Chiles simple (unit) 2700, 00
Le : 20/02/2022