

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

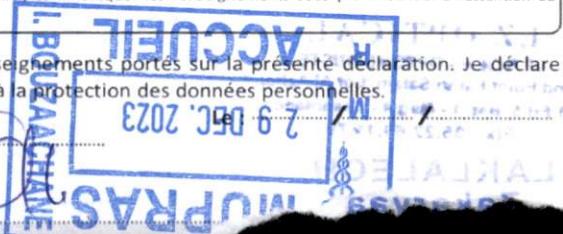
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-802971

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 14856		Société : 188874	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : GHABBAR MOSTAFA	
Nom & Prénom : 18/05/61			
Date de naissance : 16 RUE Yousk Alile Beraoujou			
Adresse : CASA 20200			
Tél. : 0661 96 53 16 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CHU Casablanca AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB <i>Ophtalmologiste</i> Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel.: 05 22 99 45 68/69
	Cachet du médecin :
	Date de consultation : 27.12.2023
	Nom et prénom du malade : GHABBAR MOSTAFA Age:
	Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie : Dystrophie - affection oculaire
	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.

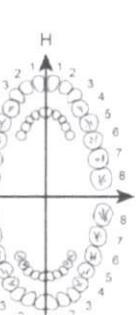
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
Fait à :
Signature de l'adhérent(e) :



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
27.12.2023 C2	BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3eme Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22. 99 45 68/69	1	250,00	Dr BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3eme Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22. 99 45 68/69

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p style="text-align: right;">Gadjet AV. Assante</p> <p>92009513 ACHÉAN WOURD Les Rossignols A CO 18430 Casablanca Téléphone: 343008192</p>	27/12/23	22,00

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		M	P C	I M	
LZ OPTICAL OPHTALMIEN - OPTOMETRISTE et Point Farad, Sallabi, Lot Al Azhar, S1 FB 5 Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca Fix : 05.22.69.11.79	9/10/2012				
LAKLALECH					

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 canalaire, 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 <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		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																



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 013904
Casablanca le : 07/12/2013

Mme/Mr :



Dr :

VL

VP-Add

OD : (100 + 15)

OG : (100 + 10) + 10

Monture



DH

OD :

OG :

Verres

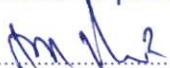


DH

Total à payer: 4000 DH

DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 



LZ OPTICAL

OPTICIEN - OPTOMETRISTE

Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar,

S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca

Fix : 05.22.69.11.79

Cachet et signature

Rond Point Farah Salam, Lot Al Azhar, S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca

Tél.: 0522 69 11 79 - Email : optic.farah.salam@gmail.com

RC n° : 516327 - Patente : 36002555 - IF : 47258415 - ICE : 002902171000020 - INPE : 095029609

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

الدكتور برادة السنى شكيب

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Lazer

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافيا

لزيك - إزالة الجلاة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

27.12.2023

الدار البيضاء ، في:

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage Maârif
Casablanca - Tel.: 05 22 30 45 68/05

BRAK. - Postage

Leurtaux de lunettes (verre, flacon)
(.. progressif) Anti-reflets

$$(VU) \quad \text{vz} = (10^{\circ} + 1,25)$$

$$\text{vL} = (12^{\circ} + 1,25) + 1,25$$

$$(VZ) \quad \text{vL} = 10^{\circ} + 2,50$$

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Farah Salam, Lot AJ Azhar
S1 FB 5, Bat. 1 - Maroc - Casablanca
Fix : 05 22 69 11 79

Lunettes billy
80,00

15

PHARMACEUTICAL WOOURD
Rue des roses 4 Côte de
la Mer - 22300 Casablanca
Tél. 05 22 30 43 30 - Casablanca

DR. BERRADA SOUNI
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage Maârif
Casablanca - Tel.: 05 22 30 45 68/05

20100