

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

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

Déclaration de Maladie

N° W19-525840

685AF



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4809

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FAOUZI SAAID

Date de naissance :

13/12/52

Adresse :

39 RUE DU MARCHE SAARI
0661051965

Tél. :

Total des frais engagés :

786 Dhs

Cadre réservé au M

DR. BERRADA SOUNI CHAKIL

Ophtalmologiste

Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergna 3ème Etage Meârif
Casablanca - Tél. : 05 22 99 45 68/6

Cachet du médecin :

Date de consultation :

30/01/2021

2021

Nom et prénom du malade :

FAOUZI

SAAID

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

enfant

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 :

Le : 20/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30.01.2021.	C	1	22,00	Dr. BERRADA SOUNI CHAMB INB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA COLUMBIE <i>33, Rue Ibnou Nafiss - Madrid</i> CASABLANCA <i>T61: 0522 25 71 02</i>	30/01/21 INPE 092037217	536,70

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
5/15/31			

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
00000000	00000000	35533411	11433553																	
B																				
		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"/>																		

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'Ophtalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتور براة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الدول عدسة الاتصال - الليزر - أخبوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لـ أمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

Dr. BERRADA SOUNI
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 80

30.01.2021

Mr. Fouzi Soudi.

178,70 x 3

Monoprost. Coly (n=3) (40).

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

6 118001 072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

T. 536,70

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

6 118001 072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

6 118001 072583
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Rue Jura - Auvergne (Ancien cinéma
Galerie Familia 3ème étage - Maârif - Casablanca

Tél. : 0522.99.45.68/69

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB.
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 80

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

الطابق - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.99.45.68/69