

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 | : 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-667256

95613

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 8756

Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MRINI EL RHALI

Date de naissance : 01/09/1968

Adresse : Res. WFAM, Imm. 1, App. 3, Oulfa, CASA

Tél. : 0663600361

Total des frais engagés : 2250 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au 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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.11.2021

Nom et prénom du malade : Mrini Yasmine

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Réfraction

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

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
Optic LIBERTY Opticien Optométriste 27 E-14 Anzali, Casablanca Tunisie www.libertytunisie.com	27/11/16	opt 7 m				200	

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 (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"/>																
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
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																				

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Laser

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتور براة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجول عدسة الاتصال - الليزر - أخبوغرافي
لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية ل أمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

دار البيضاء ، في : 27.11.2021 :

Mrini y Assine.

Contrôle de Contraction (BC) (num, flottant)
Contr. infat.
anti bleu.

$$\begin{aligned}
 \text{BC} &= (90^\circ + 1,00) \\
 \text{OL} &= (90^\circ + 1,25)
 \end{aligned}$$

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 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 أوفري (سينما فامليا سابقا)

الطابق - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.99.45.68/69

LIBERTY VISION



Résidence El Yamama

107, Bd Birzaranane (Ex-Rapheil) Tél : 05 22 25 16 26

Mâarif Casablanca

Patente N°: 35800120

N° 0028378

PATENTE N° : 35800120

RCN N° : 42450815 IP : 40238057

CN 55 100004

RCN N° : 42450215 IP : 40238037

CN 55 100004

إقامة اليهامة

107

شارع بئر زاران

المعاريف الدار البيضاء

البيانات : 35800120

Docteur : B. S. CHAKIB

Mr. : MRINI HASSINE

Nomenclature :

Montures

VL : optique 500,-

VP :

Type de Verres :

verre amorphe AR
Aminé 2

VISION DE LOIN :

OD : Axe : 90° Cyl : +1,22 Sph : 1,50

OG : Axe : 90° Cyl : +1,75 Sph : 1,50

VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph :

OG : Axe : Cyl : Sph :

Add : = 200,-

TOTAL :

Deux Mille DHS

Le : 27/11/2021

Opticien Optométriste
Optician Optometrist
Bir Anzarane (Ex Bd Raphael)
El Yamama Casablanca
Email: ElYamama@liberteyvision.com