

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.

N° W21-717164

AL9558

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09394

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Ben Addou Idrissi Youne

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

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 20 45 68/69

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Ben Addou Idrissi Youne

Age :

Nature de la maladie :

Deficit visuel + ophtalmie

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) :

Le : 20/10/2022

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
16/06/2022	C2	BERRADA SOUÏT CHAKIB Oncoplogiste Amilia Angle Rue Jura 3ème Etage Maârif 052 98 45 68/69	250,00	Dr. BERRADA SOUÏT CHAKIB Oncoplogiste Galerie Amilia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 98 45 68/69

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
<i>OPTIQUE MUSEUM</i> <i>Tel. 05 22 98 01 88</i>	18/06/2022					600 dh	

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"/>										
ODF PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H	G													
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 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"/>												
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

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتورة براة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الجول عدسة الاتصال - الليزر - انгиوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لـ أمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél : 05.22.99.45.68/69

16.06.2022 الدار البيضاء ، في :

Bén ADDOU. Tariq -
Fatima - Zahra

Lunettes de Correction (vh) (vh, l) (vh, r)
(vh, l) Anti réflex.

$$(vh) \quad D_L = -1,25 \text{ .}$$

$$D_R = -1,00 \text{ .}$$

8 ✓

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 فاميليا زاوية زنقة جورا و أوفرني (سينما فاميليا سابقا)
الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء

0522.99.45.68/69

الهاتف :

OPTICAL MUSEUM *LIVE IN LUXURY*

Client(e)

BENADDOU IDRISI FATIMA ZAHRA

Date Facture	Facture N°
18/06/2022	1669

Nom.	Désignations	Qté	Prix Unitaire	Montant
	VERRE SIMPLE FOYER ORGANIQUE AVEC TRAITEMENT ANTI REFLET			
	OD :- Sph : -1,25	1	300,00	300,00
	OG :- Sph : -1,00	1	300,00	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Net à payer : 600,00

Six cents dirhams

Dont T.V.A 20 %

OPTICAL MUSEUM
TEL : 05 22 98 01

19, RUE RACINE, VAL FLEURY, CASABLANCA - TEL : 0522980188- RC : 246013 N°CNSS 8912869

ICE : 000024484000084

N°patente : 34792219 - N°IF : 40437426