

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.

Radiologie et Biologie : sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

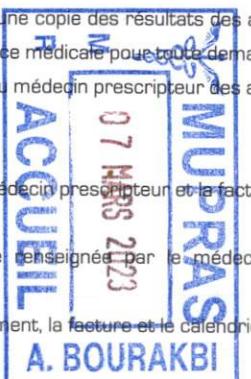
- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Rééducation : l'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Dentaire : Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.



- 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.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC : la radiographie de la main est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation | : contact@mupras.com |
| ○ Prise en charge | : pec@mupras.com |
| ○ 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 Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0011068

Optique 152186 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0707 Société : DAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AIT LAHIDI AID Mehdi

Date de naissance : 01/01/1964

Adresse : 36, Abou Ishak el ouajjaj app 6
Maârif Casablanca

Tél. : 0663 60 78 38 Total des frais engagés : 3450,00 Dhs

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 : 03/01/2023

Nom et prénom du malade : JABRANNE Fatima Age :

Lien de parenté : Même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : hypertension + Affectation oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 01/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Degré de la Médecine	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03.01.2023	C	DR. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69	250,00	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maarif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VIA Praticien Optométriste Le Lundi 2022-08-21 Téléphone : 022 95 81 00	23/10/2023					3200,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

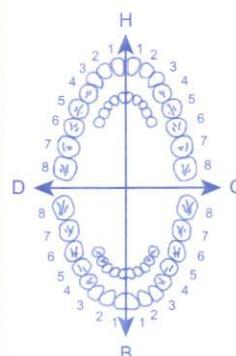
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAISES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib



الدكتورة براادة السنى شكيب

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

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tel.: 05 22 99 45 68/69

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الدول عدسة الاتصال - الليزر - انجيوجرافيا

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Casablanca, le : 03.01.2023 الدار البيضاء ، في :

جنة فاطمة بنت موسى

Formule de Comptoir (vph + lnter)
v. progressif Anti-myope

$$(VPH) \quad AB = +2,25$$

$$AB = (Ab + 0,50) + 2,25$$

$$(VPH) \quad AB = AB + 2,25$$

VIA OPTIQUE
MEDROMI Taoufik
Ancien Optométriste
112, RUE ENNAJAH - 3ème étage - Maârif
Tel: 022.98.81.04

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien Cinéma
Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca
Tél. : 0522.99.45.68/69

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tel.: 05 22 99 45 68/69

رواق فاميليا زاوية زنقة جورا و أوفرنى (سينما فاميليا سابقا)
الطابق الثالث - المعارف - الدار البيضاء
الهاتف : 0522.99.45.68/69

VIA OPTIQUE

OPTICIEN OPTOMETRISTE

112,Rue Ennahas Nahoui (Ex:Pelvoux) - 20100

CASABLANCA 05 22 98 81 04

R.C 354798 Patente 35725596

IF 40714062 ICE 001708140000034

CASABLANCA , le : 23/02/2023

INP

FACTURE N° : 1850/23



095008371

JABRANNE FATIMA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
1 MONTURE	700.00
1 VERRE PROGRESSIF ANTIREFLET OD : + 2,25	1 200.00
1 VERRE PROGRESSIF ANTIREFLET OG : + 2,25 (+ 0,50 x 160°) ADD ODG : + 2,75	1 300.00

Dont TVA (20%)

533.33

TOTAL TTC**3 200.00**

payé en espèce

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Trois mille deux cents Dirhams

VIA Optique
MEDROMI
Opticien Optométriste
112, Rue Ennahas Nahoui - Maârif
TEL: 022 98 81 04