

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° W21-791609

A 58673

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6557

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL HABOUR

Najat

Date de naissance :

30-05-61

Adresse :

16 Rue TBNOU JAHAIL 12 m

Tél. :

06610902420

210 + 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophthalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Madrif
Casablanca - Tel.: 05 22 20 45 66/69

Cachet du médecin :

10.03.2023

Date de consultation :

EL HABOUR - NAJAT

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Refraction

27 AVR. 2023

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

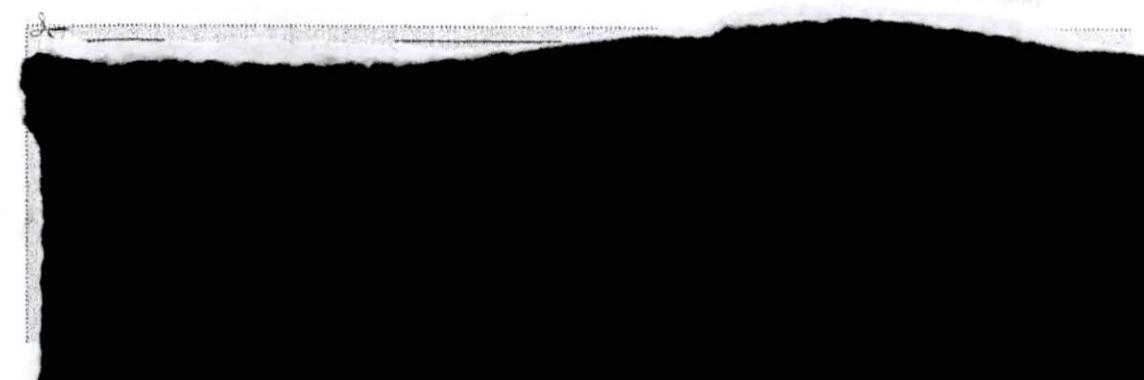
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

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
10.03.2023	C	1	250.00	Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Fahima Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tel.: 05 22 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>ADEN OPTIQUE SARL</i> <i>Opticien Optométriste Contactologue</i> <i>Lots El Beyrouni Rés. El Fakh n°4</i> <i>Bouregne Casa - Tel 05 22 36 29 05</i>			7	+ V		<i>3000,00</i> <i>MJ</i>

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 : []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
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="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;">25533411</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	25533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	25533411	11433553														
G																
				MONTANTS DES SOINS []												
				DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

الدكتور براة السنی شکیب

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 Remise Condolore

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophthalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage Maârif
Casablanca - Tel.: 05 22 36 29 05

10.03.2023

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب حول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوجرافى

لزيك - إزالة الجلاة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

الدار البيضاء ، في:

M² EL HABOUR. NAFAT

Summe de Lentilles (rem + Lentille)
... progressif Anti-reflet

$$176 = (30 + 0,25) + 0,25$$

$$0,1 = (30 + 0,50) + 0,25$$

$$(176) \quad 0,1 = 0,1 + 2,50$$

~~ADEN OPTIQUE SARL~~
~~Opticien Optométriste Contactologue~~
~~Louis El Beyrouni Res. El Fath n° 4~~
~~Bourgogne Casa - Tel 05 22 36 29 05~~

~~Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB~~
~~Ophthalmologiste~~
~~Galerie Familia Angle Rue Jura~~
~~et Av. Vergne 3ème Etage Maârif~~
~~Casablanca - Tel.: 05 22 36 29 05~~



NAJAT EL HABOUR

FACTURE N° : F113180

Date : 11/04/2023

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant
2	VER	VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUE ANTIREFLET	1250.00	2500.00	20.00
1	MON	MONTURE OPTIQUE	500.00	500.00	20.00

Corrections :

VL D. Sph: +0.25 Cyl: +0.75 Axe: 90° Add: +2.50

VL G. Sph: +0.25 Cyl: +0.50 Axe: 90° Add: +2.50

VP D. Sph: +2.75 Cyl: +0.75 Axe: 90°

VP G. Sph: +2.75 Cyl: +0.50 Axe: 90°

*ADEN OPTIQUE SARL
 Opticien Optométriste Contactologue
 Lots 3 El Beyrouth Rés. El Fath n° 4
 Bourgogne Casa - Tél 05 22 36 29 05*

Paiements

Acomptes 3000.00

Tiers payant 0.00

Montant total payé : 3000.00

Solde : 0.00

Totaux

Total hors TVA : 2500.00

Montant TVA : 500.00

Total TTC : 3000.00 DH