

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-791609

158673

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 6557

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHABBOUR Najat

Date de naissance : 30-05-61

Adresse : 16 Rue TBOUJAHAIN 12 m

Tél. : 06610902420

Total des frais engagés : 250 + 3000 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maarif
Casablanca - Tél. : 05 22 99 45 60/69

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10-03-2023

Nom et prénom du malade : ELHABBOUR NAJAT

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Refraction

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) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
no. 03 2023	C2	1	250.00	<p>Dr. BERRADA SOUNI CHAKI Ophthélmologiste Galerie Faïenja Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maar Jasablanca - Tél.: 05 22 99 45 68A</p>

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

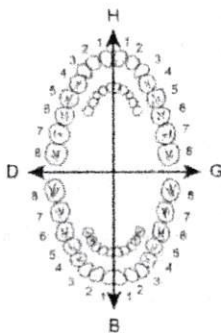
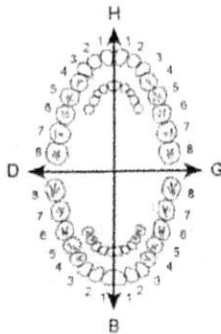
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ADEN OPTIQUE SARI Opticien Optométriste Contactologie Lots El Beyrouni Rés. El Fakh n° 4 Bourgogne Casa - Tel 05 22 36 29 05 11/11/14			7 + 2			3000,00 MF

RELEVÉ 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'O.D.F.

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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	25533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	25533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

الدكتور برادة السني شكيب

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au laser

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

Agrée Pour l'exercice de la médecine

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السيادة

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophthalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 38 45 68/69

Casablanca

10-03-2023

الدار البيضاء / في:

M^{me} EL HARBUR. NAJAT

Leuette de Contact (rem. + Monture)
- progressif Anti-reflet -

$$(VH) \quad OS = (90 + 0,25) + 0,25$$

$$OH = (90 + 0,50) + 0,25$$

$$(VP) \quad OD = 0,6 + 2,50$$

ADEN OPTIQUE SARL
Opticien Optométriste Contactologie
Lors El Beyrouni Rés. El Fath n° 4
Bourgogne Casa - Tél 05 22 36 29 06

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 38 45 68/69



NAJAT EL HABOUR

FACTURE N° : F113180

Date : 11/04/2023

Qté	Cat.	Désignation	Prix unitaire	Remb.	Montant	T
2	VER	VERRES PROGRESSIFS ORGANIQUE ANTIREFLET	1250.00		2500.00	20
1	MON	MONTURE OPTIQUE	500.00		500.00	20

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 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