

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

- 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.

N° W21-767595

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11111	Société : RAN A 61263		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BAOUSSSE Nouma
Nom & Prénom : BAOUSSSE Nouma			
Date de naissance : 1			
Adresse : Rue Ahmed Chouihi 1000 VEL D'ANFA			
Tél. : 056 8973 36			
Total des frais engagés : 250.86.40 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 : 14.05.2023			
Nom et prénom du malade : BARMOUSSE. Mme Age : 70			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Refractaires à l'asthme			
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 : **19 MAI 2023**
Signature de l'adhérent(e) : **M. BARMOUSSE**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
13.09.2023	DR. BERRADA SONNI CHAKIB Optitalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura Vergne 3ème Etage. Maârif Tel : 05 22 99 45 68/69	12	Maârif 169 150	Dr. BERRADA SONNI CHAKIB Optitalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage. Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

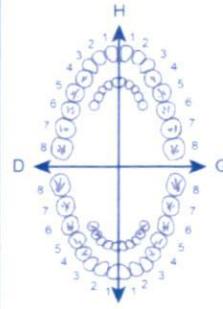
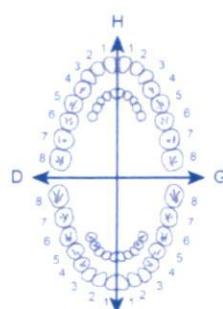
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODP.

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 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></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
			00000000	00000000													
		D	00000000	00000000													
			35533411	11433553													
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>																	
<p style="text-align: center;">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																	

OPTIQUE GHITA

Opticien spécialiste

Bd Youssef Bno Tachfine Hkam 1
N°454 - El Hay Mohammedi - Casa

Tél: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428

MOUSSAOUI Abdssamad

INPE . 095012357



05219

نظارات غيتة

اختصاصي في النظارات البصرية

شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1

رقم 454 - الحي المحمدى

الهاتف : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتننا : 32825428

Ordonnance de M. le Docteur : B. S. CARAKIS

N° DE nomenclature.....		3621431	
Correspondant à la prescription			
LOIN	O.D: $180^{\circ} + 1.75 + 0.75$ O.G: $0^{\circ} + 0.75 + 0.75$	PRES	O.D: $000^{\circ} + 2.25$ O.G: $000^{\circ} + 2.25$

FOURNITURE

Monture : Vélo 1000,00

Verres : Progressif Zeiss 00: 6000,00
O.G: 2000,00
Total : 8000,00

Total : 8000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de 8000,00.
Casablanca, le 17/01/2023.

M. ou Mme : RAMOUSSEY MOUNA

ICE 001789511000067 - IF : 40151582 - RG : 20 42 CNSS : 173923031

*Optique GHITA
Opticien spécialiste
Hakem 1 - Bd. Youssef Bno Tachfine
N°454 - Casablanca - GSM: 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39*

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib



Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Lazer

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agree Pour Permis De Conduire

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tel: 05 22 89 45 68/69

الدكتور برادة السنى شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب حول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي
لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

الدار البيضاء في:

7- بارونى. جنوب

دواء Dr. برادة (معنون)
(u. progressif anti myope)
(u. progressif anti myope)

$$\begin{aligned}
 \text{د} &= (180 + 1,00) + 0,50 \\
 &= (0^{\circ} + 0,25) + 0,25 \\
 &= 45 + 2,00
 \end{aligned}$$

28,80 x 3

Antelac - 100g (N-3)

صيدلية أرسكي
PHARMACIE ARESKI
Hay Amal 1 Rue 8 No 59
Tel. 522 85 32 16 - Casablanca



Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tel: 05 22 89 45 68/69

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien Cinéma
Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca

رواق فاميليا زاوية زنقة جورا و أوفري (سينما فاميليا سابقا)
الطابق الثالث - المعارض - الدار البيضاء

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH

ZENITH Pharma



6 118001 270521

PPV : 28,80 DH