

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-767611

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Société :

Actif Pensionné(e) Autre : *BAHLOUSSA Moura N 61261*

Nom & Prénom : *Rey Ahmed chakir Bend VAL DANIA*

Date de naissance : *Rey Ahmed chakir Bend VAL DANIA*

Adresse : *BP 111 M NR 38*

Tél. : *0668973531* Total des frais engagés : *2903,40 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Anglais Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif
Casablanca - Tel. : 05 22 20 45 68/69

Cachet du médecin :

Date de consultation : *14.05.2023*

Nom et prénom du malade : *FARES SGAD* Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Refractation + affection oculaire*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *CASABLANCA*

Signature de l'adhérent(e) : *R ACCUEIL*

VOLET 25

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 Prise en charge
03.2023	C2	ERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologue Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maraf Casablanca - Tél.: 05 22 89 45 68/6	250,00	DR. BERRADA SOUNI CHAKIB Ophthalmologiste Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maraf Casablanca - Tél.: 05 22 89 45 68/6

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur		Date	Montant de la Facture
PHARMACIE mai 1 532 6	ALYQUE G. et AV. J. S. Galerie Passage Christe	16.01.2023	53.400,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
OPTIQUE GEMMA Opticien Optométriste Bakam 1, Bd. Ibn Tachfin 152 - Casablanca 2439-CSM: 06 69 01 985			

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

OLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique en indiquant la nature des soins.				
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		
		Coefficient des travaux <input type="text"/>		
		Montants des soins <input type="text"/>		
		Date du devis <input type="text"/>		
		Date de l'exécution <input type="text"/>		

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

الدكتور براادة السنی شکیب

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Catécte 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 60 34 39 GSM: 05 45 68 69

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الاتصال - الليزر - أنجيوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

الدار البيضاء ، في: ١٤.٠٣.٢٠٢٣ -

فراء شکیب.

Annuler de l'antécédent (ج) (ven, Montm.)

v. Antéc. nul.

v. Antéc. nul.

$$= (140^\circ - 97.5^\circ) - 1.50$$

$$= (40^\circ - 97.5^\circ) - 1.25$$



53,40 OPTIQUE GRATA
Opticien Optométriste
N° 452 - Casablanca
Tél: 05 22 60 34 39 GSM: 06 69 00 97 85

- Naaxia. Colly



صيدلية أرسكي
PHARMACIE ARESKI
Hay Amal 1 Rue 8 No 59
T. 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 60 34 39 GSM: 05 45 68 69

OPTIQUE GHITA

Opticien spécialiste

Bd Youssef Ben 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



05882

نظارات غيثة

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

الباتنات : 32825428

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

N° DE nomenclature.....		2 far 408 AH	
Correspondant à la prescription			
LOIN	O.D : $140 - 07 - 150$ O.G : $40 - 07 - 150$	PRES	O.D : O.G :

FOURNITURE

Monture : Monture

800,-

Verres : Verres 160 UV FF

01 900,-
02 900,-

8600,00

Total :

Arrêtée la présente facture à la somme de

Casablanca, le 16.01.2023

M. ou Mme : FARIES SAAD

ICE 001789511000067 - IF : 40151582 - RC : 37 20 42 CNSS : 173923031

Doux mille merci à tous les amis.
Opticien Autométriste
Hkam 1, Bld Youssef Ben Tachfine
N°454 Casablanca
Tél : 06 69 00 97 85
05 22 60 34 39