

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être bien rempli.
- 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 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° W19-509259

CA

ND: 38960

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 23111

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : ABDY Jamila

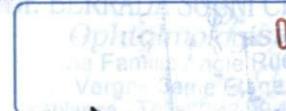
Date de naissance : 29/12/1960

Adresse : A Lechab El Echra, Racine

Tél. : 06 139 88 715

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



04 SEP. 2020

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.08.2020

Nom et prénom du malade : TAHIA. CHAKIB

Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Refroidissement

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

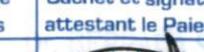
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
27-08-2022	date Cz		258.00	INP : 
				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
<i>TIMAVIS OPTICIEN Abou Kacem Kotbar RC : 028912 06 31 23 53 80</i>	le 29/03/06 /66	Equipement optique				26000 HHS CF Fevre 06	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		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"/>
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> 25533412 21433552 00000000 00000000 <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <input type="text"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b> <input type="text"/> <p>(Création, remont, adjonction)          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		

# 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

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتور براة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الدول عدسة الاتصال - الليزر - أخبوغرافي

لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لامراض العيون

مرخص بإعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

Casablanca, le :

27.08.2016

الدار البيضاء ، في :

7<sup>th</sup> TAKA. Guita.

براءة العين (B) (B, T, A)  
- Anti réflex  
Anti bleu.

$$\text{B} = (60^\circ + 0.5^\circ)$$
$$\text{A} = (90^\circ + 0.5^\circ)$$

Nasra. Hdy 19/3/14

D. SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Jura  
Maârif  
Casablanca

# Optima Vision

Angle Rue Abou Kacem Kotbari  
Et Place du Marché Badr – Bourgogne-  
Casablanca – Maroc –  
Gsm : 063326380  
Fax : 0522 471522

Mme TAHA GHTIA

Casablanca le, 29 Août 2006

FACTURE N° : 60112

Intitulé	Quantité	Prix
MONTURE OPTIQUE	1	1300,-
VISAGE ESSAILOR ORG BLU F. BLEU +70	1	650,-
OD = (+950 x 60°)	1	650,-
VISAGE ESSAILOR ORG BLU F. BLEU +70	1	650,-
OS = (+950 x 90°)	1	650,-
T.T.C		2600,-
REMISE		
TOTAL		2600,-

Arrêtée la facture à la somme de : DIX Mille Six Cent DH

Date le 29/08/2006

