

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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° W19-566975

N.D. 38975

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8756** Société : **RAM**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **MRINI EL RHALI**

Date de naissance : **01/09/1968**

Adresse : **Res WIAM, Imm 1, App 3, OULFA, CASA**

Tél : **0663600361** Total des frais engagés : **3400** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. BERRADA SOUNI CHAKIL Ophtalmologiste Galerie Famila Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél: 05 22 00 45 10**

Date de consultation : **02.09.2020**

Nom et prénom du malade : **Mrini AYMEN** Age :

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 : **CASA** le : **02/09/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

ACCUEIL

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nom et Prénoms du Médecin	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02-09-2020	C-3001	Dr. BERRADA SOUNI, C. BERRADA SOUNI, Ophtalmologiste, Famila Angie Rue Jura 3eme Etage Maarif, Tél.: 05 22 99 45 66	250,00	Dr. BERRADA SOUNI, C. BERRADA SOUNI, Ophtalmologiste, Galerie Famila Angie Rue Jura et Av. Vergne 3eme Etage Maarif, Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 66

Dates des Actes	Natures des Actes	Noms et Prénoms des Actants
02.09.2020	C.3	Dr. BERRADA Ophthalmologiste Galerie-Família Anglie Rue Jura 1 Av. Vergne 3^{ème} Etage Maarif Casablanca - Tel.: 05 22 99 45 68

EXECUTION DE

Cachet et signature du Medecin
attestant le Paiement des Actes
Dr. BERRAÏA SOUN, C.M.D.
Ophthamologiste
Galerie Famadangle Rue Jura
et Av. Vergne 3eme Etage Maarif
Zasabianca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

[illegible]

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

[illegible]

du Particien

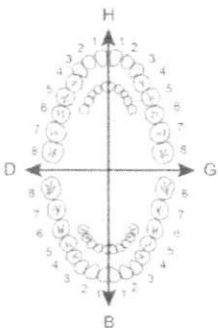
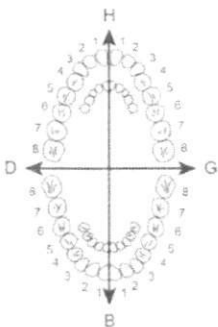
Optic LIBERTY VISION
Groupe Optométriste
107, Bd de Tangerane (Ex Bd Raphaël)
Pds. Alyamama Casablanca
E-mail: libertyvision@gmail.com

RELEVÉ 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 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 border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
			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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES

Dents

Nature d

Coefficient

INP : | | | | | | | |

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE 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

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux

Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Lazer

Membre de La Société Française d'Ophthalmologie

Agrée Pour Permis De Conduire



الدكتور برادة السني شكيب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول عدسة الاتصال - الليزر - أخبيوغرافي

ليزك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السياقة

Dr. BERRADA SOUNI Chakib
Ophthalmologiste Jura
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Étage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

02.09.2020

الدار البيضاء ، في :

M. Mrini Ayman

Lentilles de Contact (v.r.) (c.m. + Martens)
v. Amine Antinofel

(v.r.)

$$OS = (100 + 4.00) - 0.25$$

$$OL = (75 + 4.00) - 0.25$$

Liberty Vision
Ophthalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Étage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

Dr. BERRADA SOUNI Chakib
Ophthalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème Étage Maârif
Casablanca - Tél.: 05 22 99 45 68/69

Galerie Familia Angle Rue Jura - Auvergne (Ancien cinéma

Familia) 3ème étage - Maârif - Casablanca

Tél. : 0522.99.45.68/69

رواق فامليا زاوية زنقة جورا و أوفرنى (سينما فامليا سابقا)

الطابق - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.99.45.68/69

LIBERTY VISION



Résidence El Yamama
107, Bd Biranzarane (Ex-Rapheïl)
Mâarif Casablanca
Patente N°: 35800120

Tél : 05 22 25 16 26

N° 0026047

إقامة اليمامة
107, شارع بئر انزاران
المعاريف الدار البيضاء
البتاننا : 35800120

Docteur : BERRADA SOUFI LHAQIB
Mr. : MRINI AYMEN

Nomenclature :

Montures : VL : optique VP : 520

Type de Verres : organique AK
maxi vision

VISION DE LOIN :

OD : Axe : 180° Cyl : +1.00 Sph : -0.75 1300

OG : Axe : 71° Cyl : +1.00 Sph : -0.75 1300

VISION DE PRES :

OD : Axe : Cyl : Sph :

OG : Axe : Cyl : Sph :

Add : -

= 3150

TOTAL : T22, Miller Cost DHS Lingua et DHS

Le : 03/09/2020