

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

## **Informations 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.

## **Optique 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.

## **Éducation :**

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  
Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

ND: 41819

**Déclaration de Maladie : N° P19-0019926**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 09384

Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :** .....

Nom & Prénom : Ben Addou youssef Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél : 0661 54 14 16

Total des frais engagés :

Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

**Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB**  
**Ophthalmologiste**  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tél.: 05 22 89 45 00/01

28 SEP. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 05/08/2020

Nom et prénom du malade : Ben Addou Youssef Age : .....

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : Refraction , Affection , amblyope

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 : Casablanca

Le : 10/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : Youssef Ben Addou

Youssef Ben Addou

## 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
05.08.2020	C2	DR BERRADA SOUNI CHA Ophtalmologue Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 89 45 62	250.000,-	DR. BERRADA SOUNI CHA Ophtalmologue Galerie Familia Angle Rue Jura et Av. Vergne 3ème Etage Maârif Casablanca - Tél.: 05 22 89 45 62

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

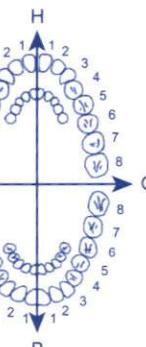
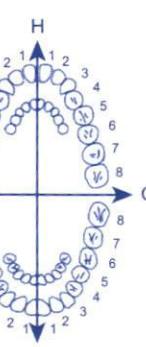
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
OPTICAL MUSÉE	06/08/2020					4500 DH
TEL : 05 22 98 01 88						

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$  \begin{array}{r l}  H & 25533412 \quad 21433552 \\  & 00000000 \quad 00000000 \\  D & \hline  & 00000000 \quad 00000000 \\  & 35533411 \quad 11433553 \\  B &   \end{array}  $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

# CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERRADA SOUNI Chakib

Spécialiste des Maladies et Chirurgies des yeux



Strabologie - Lentilles de Contact - Laser - Angiographie

Lazik - Cataracte au Laser

Membre de La Société Française d'Ophtalmologie

Agrée Pour l'Enfant de l'Ophtalmologie

الدكتور براة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الدول عدسة الاتصال - الليزر - أخبوغرافي  
لزيك - إزالة الجلالة بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية ل أمراض العيون  
مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على السيادة

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tel.: 05 22 98 69 45

25.08.2020

الدار البيضاء ، في :

M<sup>2</sup>. BERRADA - Chakib  
Haugz.

lentille de cornéenne (PM) (verre + lentille)  
v. Anti réflect.  
Anti bleu.  
(verre) OSLE = -150



DR. BERRADA SOUNI CHAKIB  
Ophtalmologiste  
Galerie Familia Angle Rue Jura  
et Av. Vergne 3ème Etage Maârif  
Casablanca - Tel.: 05 22 98 69 45

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 أوفريني (سينما فامليا سابقا)

الطابق - المعارف - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.99.45.68/69

**OPTICAL MUSEUM** *LIVE IN LUXURY*

**Client(e)**

**BENADDOU IDRISI HAMZA**

Date Facture	Facture N°
06/08/2020	1261

Nom.	Désignations	Qté	Prix Unitaire	Montant
	MONTURE OPTIQUE	1	500,00	500,00
	VERRE SIMPLE FOYER ORGANIQUE AVEC TRAITEMENT ANTI LUMIERE BLEUE			
	OD :- Sph : -1,50	1	500,00	500,00
	OG :- Sph : -1,50	1	500,00	500,00

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

Mille cinq cents dirhams

Dont T.V.A 20 %

**Net à payer :** 1500,00



19,RUE RACINE ,VAL FLEURY ,CASABLANCA - TEL : 0522980188- RC : 246013 N°CNSS 8912869

ICE :000024484000084

N°patente : 34792219 - N°IF : 40437426