

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 444 Société : 45844

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Mernissi Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.11.20.83.36 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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) :



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi qu'à la fin de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
					Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution
		D 25533412 00000000 00000000 35533411	H 21433552 00000000 00000000 11433553		Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires
		<p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			PHARMACIE Date Montant de la facture
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution			

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 17 / 0065996	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 00447	
Nom & Prénom <i>Marnissi Ahmed</i>			
Fonction <i>Retraite</i>		Phones <i>06 61 20 83 36</i>	
Mail <i>marnissi.ahmed8@gmail.com</i>			
MEDECIN <i>DR. BERKADA DENTAL</i>		Nom du patient <i>MARNISSI Ahmed</i>	
Adresser à <i>DR. BERKADA DENTAL</i>		Joint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age <i>52</i>		Date	
Nature de la maladie <i>maladie</i>		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C2</i>			<i>250,47</i>
PHARMACIE		Date <i>20/10/2020</i>	
Montant de la facture		<i>143,70</i>	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires
		CACHET

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date <i>02/11/2020</i>
AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
<i>Doit</i>	<i>l'heure</i>	<i>3</i>	<i>3</i>	<i>1000,00 DHS</i>
				SUP

OPTIMA VISION
OPTICIEN
Rue Abou Kacem El Gacem
Tel : 06 33 75 53 80

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



الدكتور براادة السنی شکیب

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

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

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

مرخص إعطاء الشهادة للقدرة على القيادة

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage
Casablanca - Tel.: 0522.99.68/69

Casablanca, le :

20.10.2020

الدار البيضاء ، في :

M² MARNISSI Ahmed

Laurette de Gantin (verso l'interne)

(S) (verso l'interne)
- progressif Anti myope

~~OPTIMA VISION~~
OPTIQUE ET
OPTICCIEN
RUE AL KASSEM KOTB
TÉL: 06 33 23 63 68

(+6)

$$\text{BDS} = (105^\circ - 975) - 4,50$$

$$\text{BOL} = (75^\circ - 1,50) - 3,50$$

$$\text{BOL} = \text{BDS} + 2,25$$

30,30

- 1. Comb 30/30

53,40

- Naaxia 30/30

60,00

- Optical My

114,70

108 x 31,1 = 3451

~~PHARMACIE KAPITAR
ATLANTIC
TÉL: 05 23 33 69 02~~

Dr. BERRADA SOUNI CHAKIB
Ophtalmologiste
Galerie Familia Angle Rue Jura
et Av. Vergne 3ème étage
Casablanca - Tel.: 05 22 99 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 أوفوني (رواق فامليا سابقا)
الطابق - المعارف - الدار البيضاء
الهاتف : 0522.99.45.68/69

Optima Vision

Angle Rue Abou Kacem Kotbari
 Et Place du Marché Badr – Bourgogne-
 Casablanca – Maroc –
 Gsm : 0633236380
 Fax : 0522 471522

MR MARNISSI AHMED

Casablanca le, 02 Novembre 202

FACTURE N° : 881

Intitulé	Quantité	Prix
MONTURE VERRE PROGRESSIF D6 1.6 $\phi 70$	1	8000
DS = -4,50 (-0,75 x 105°) AR = +275	1	6000
VERRE PROGRESSIF D6 1.6 $\phi 70$	1	6000
DS = -3,50 (-1,50 x 75°) AR = +1275	1	6000
T.T.C		20000
REMISE		
TOTAL		20000

Arrêtée la facture à la somme de : Deux Mille DHS

Reçue le 04/11/2020

