

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Nº W19-572184

59734

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2974

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABBAZI Abdellah

Date de naissance :

23.4.1952

Adresse :

79, Bd. JBL Tachefna Apt. 5, Casa

Tél. : 06 60 48 90 96

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 :

AST GATIE et PRESBYTIE

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 et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 16/1/16

Signature de l'adhérent(e) :

## **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
11 FEV. 2021	6	1	25000	SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE ET CHIRURGIE DES YEUX PHACO ET LASER 8, Rue Khattabi - FES 0535 62 25 43 - 0535 62 39 41

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VIGA ET GACHET DU BRAT

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**Docteur BOUAYAD Hamid**  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Lyon en France  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Phacoemulsification et Laser  
Tél : 05 35 62 23 43 - 05 35 62 39 41  
INPE : 141034140

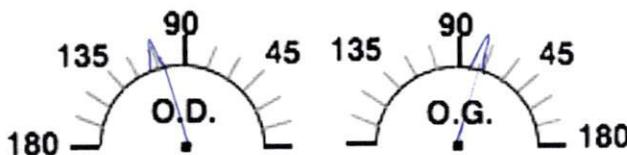


**الدكتور حميد بو عياد**  
خريج كلية الطب بليون (فرنسا)  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
علاج باشعة الليزر  
Tél : 05 35 62 23 43 - 05 35 62 39 41  
INPE : 141034140

Fès, le ..... 11:02:2021 ..... فاس، في

**ABBADI ABDELHAI**

**MONTURE et VERRES PROGRESSIFS**



*YACOUT OPTIC  
Opticien Optométriste  
1 Avenue Lalla Meryem Florence  
Ville Fès / Tél : 05 35 55 31 15*

**LOIN** : Oeil Droit (105 - 1,00) ● Gauche (80 - 2,00) + 1,00

**VISION de PRES** : Addition de 2,50 Dioptries

Verres Organiques et Anti Reflets

~~85,00~~ Hylo Fresch Collyre : 1 Goutte 3 Fois par Jour

**Traitements 90 Jours Aux Deux Yeux**

*Dr BOUAYAD Hamid  
SPECIALISTE MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX  
ECHO ANGIO LASER  
8, Rue Khattabi Face Hôtel Splendid  
FES - Tél 0535 62 23 43*

زنقة عبد الكريم الخطابي (قبالة فندق السبلانديد) - فاس  
8, Rue khattabi (en face Hôtel Splendide) - Fès  
Tél.: 05 35 62 23 43 - 05 35 62 39 41 - E-mail : bouayadhamid@gmail.com



# YACOUT OPTIQUE

Nom: ABBADI

Prénom: Abdelhai

*YACOUT OPTIC  
Opticien Optométriste  
1 Avenue Lalla Meryem Florence  
V.N Fes / Tel: 05 35 65 31 14  
Facture N°60*

Fés le:

12/02/2021

DESIGNATION	TYPE	MONTANT
ŒIL DROIT : (-1,00a105)	Verre	900
ŒIL GAUCHE : (-2,00a80)+1,00  add+2,50	Verre	900
TYPE DES VERRES	progresif liberty previncia (AR) essilor	
MONTURE	Optique	700
Total		2500

Total (TTC)	2500
TVA(20%)	417
Total(HT)	2083

Payer en	especie
----------	---------

*YACOUT OPTIC  
Opticien Optométriste  
1 Avenue Lalla Meryem Florence  
V.N Fes / Tel: 05 35 65 31 14*

Arrêtée la présence facture à la somme de:  
Deux Mille cinq cent dirhams TTC

1,Avenue Lalla Meryeme Ville Nouvelle-FES

TEL:0535653114

IF:16586901 TP:13190038 RC:37622

ICE :001647569000031