

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-572184

59734

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2974 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABBADI Abdelhak
Date de naissance : 23-4-1952
Adresse : 79, Bd. Ibn Tachfine Apt. 5, Casa
Tél : 660 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 : ALD - GOUTTE 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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 15/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
14 FEV. 2021	6	1	250.0	SPECIALISTE EN MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX PHACO ET LASER 8, RUE KHATOBI - FES 0535 62 25 43 - 0535 62 39 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/02/21	99.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
YACOUT OPTIC Opticien Optométriste Avenue Lalla Youssef Florence Fes / Tél: 05 35 35 31 14	12/02/2021					99.00 a.p.b

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	D	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

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 بوعياض
خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
علاج بأشعة الليزر

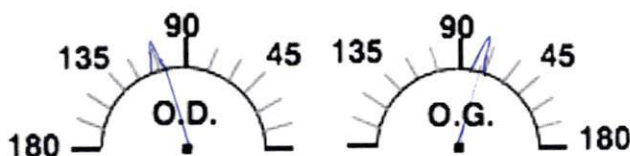
Tél : 05 35 62 23 43 - 05 35 62 39 41

INPE : 141034140

فاس، في..... 11:02:2021

ABBADI ABDELHAI

MONTURE et VERRES PROGRESSIFS



YACOUT OPTIC
Opticien Optométriste
1 Avenue Lalla Meryem Florence
Fès / Tél: 05 35 65 31 14

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

Hylo Fresch Collyre : 1 Goutte 3 Fois par Jour

Traitement 90 Jours Aux Deux Yeux

[Signature]
Pharmacie EL SAHRA
Fès - Tél: 05 35 64 64 99

Dr BOUAYAD Hamid

SPECIALISTE MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX
ECHO ANGIO LASER

8. Rue Khattabi Face Hôtel Splendide

FES - ☎ 0535 62 23 43

8، 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



2023-06

LOT

299446

PPC: 99,00 99DH.

YACOUT OPTIQUE

Nom: ABBADI

Prénom: Abdelhai

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

Facture N°60

Fés le:

12/02/2021

DESIGNATION	TYPE	MONTANT
OEIL DROIT : (-1,00a105)	Verre	900
OEIL 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

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

Payer en	espece
----------	--------

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