

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

ditions 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

- 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.

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

87143.

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016099

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 080.88. Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : S.AH.DAoui_jamal. Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/08/2021

Nom et prénom du malade : S.Ahmedoui_jamal

Age: 59 ans.

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Raffracte

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 :

Le : 06/08/2021

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
06/08/2011		c.	25000	
06/08/2011				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/08/2021	294.00

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
		AM	PC	IM	IV	
<i>re FES OPTIQUE</i> 23, Av. Med Esslaou - FES Tél. 0535 93 20 06/Fax 0535 94 41 92 ICE 05072126000015 Patente 13603441 - IE 16-04798	20/8/2021					<i>A 60000</i>

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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			Coefficient des travaux
	H	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS
	D			DATE DU DEVIS
	G			DATE DE L'EXECUTION
	B			
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENNANI AHMED

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux

Ex - Ophtalmologiste au CHU Ibn Rochd
Casablanca

Ex - Ophtalmologiste au CHP et au Seateur Privé
d'Al Hoceima

Membre de la société Française
d'Ophtalmologie

- Chirurgie - Laser - Topographie

- Angiographie / OCT

IPNE : 151005154



الدكتور بناني أحمد

أخصائي أمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفي الجامعي ابن رشد

بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى محمد الخامس وبالقطاع الخاص

بالحسيمة

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

- الجراحة - العلاج بالليزر

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- طبغرافي القرنية

ORDONNANCE

Fès, le 06 août 2021.....

Mme SAHMAOUI Jamila

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
BLANCS ANTIREFLETS

VL :

OD = + 2.50 (- 2.25 à 45°)

OG = + 3.00 (- 1.00 à 135°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.75

84.00

NAABAK 2 X/J X1 MOIS

130.00 HYFRESH 2 X/*J X1 MOIS

814.00



FES OPTIQUE
23, Av. Med Essaoui - Fès
Tél. 0535 93 20 06 / Fax 0535 93 21 80
ICE 0535 93 21 80
Patente 13 000 000



64، شارع السلاوي، مكاتب النخيل، رقم 14 ، الطابق الثاني، فاس

64, Bd Slaoui, Bureaux Palmiers, N° 14, 2ème Etage, Fès

Tél : 05 35 94 18 34 - 0612 12 84 40 - Urgences : 0663 65 31 74

E-mail : abennanioph@hotmail.com

FES OPTIQUE

BERRADA Mohamed

Opticien Optométriste

23, Av. Med Essalaoui - Fès
Tél.: 05.35.93.20.06 - Fax : 05.35.94.41.92
N° d'Autorisation 4280 - R. C 40188
Patente N° 13603441



PO
par plastique

Le 20/01/2011

Mr. SAHGLAoui
Jomaa
Per

FES OPTIQUE

23, Av. Med Essalaoui - FES

Tél. 0535932006

Patente 13603441 - IF 16-04760

Examiné Par

OBENNANI

B

N° 0001347

Nos de nomenclature correspondants à la prescription	Loin { O D : O G :
D.F { O D : 421 O G : 681	Près { O D : O G :
FOURNITURES	Montant Brut
Monture : plastique Verres : Myope BL Lentil entre 1 et 1.51 progressif et essile	520 1100 1600

TOTAL.....

Arrêtez la présente Facture à la somme de

TIMBRE	
FES OPTIQUE	
23, Av. Med Essalaoui	
Tél. 0535932006/Fax 0535944192	
ICE 030721216000315	
Patente 13603441 - IF 16-04760	