

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.

Diagnostic 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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



87143.

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016099

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08088 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAHRAoui jami 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 : Sahraoui jami Age : 59 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Refract

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



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
06/08/2021		C	25000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/08/2021	244.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

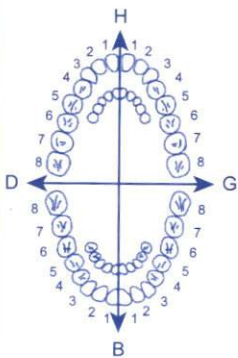
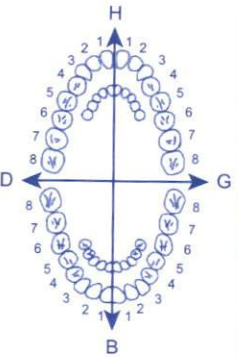
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	06/08/2021					16000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement caninaires, 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

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 Secteur 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 بالمستشفى الجامعي ابن رشد
بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفى محمد الخامس وبالقنطرة الخاصة
بالحسيمة

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

- الجراحة - العلاج بالليزر

- التصوير الرقمي لشبكة العين

- طبوغرافي 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

NAABAK 2 X/J X1 MOIS

HYFRESH 2 X/*J X1 MOIS



FES OPTIQUE

23, Av. Med Esslaoui - Fès
Tél. 0535 93 20 06/Fax 0535 93 20 07
ICE 010/2121602
Potente 130 DH 00

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 : abennaniopht@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
Optique

Le 20 / 8 / 2011

Mr. SAHAGOU
Jamil
Ben

Examiné Par **BENNANI**
FES OPTIQUE
23, Av. Med Essalaoui - FES
Tél. 0535 93 20 06
ICE 03072121600015
Patente 13603441 - IF 16404760

B N° 0001347

Nos de nomenclature correspondants à la prescription		Loin { O D : O G :	
D.F { O D : O G :		Près { O D : O G :	
FOURNITURES		Montant Brut	T.V.A
Monture : <i>plastique</i>		100	
Verres : <i>Mme El Hachemi entregot 1.5L progressif p. 1.5 essile</i>		1100	
TOTAL.....		12000	

Arrête la présente Facture à la somme de

20 000 DA

FES OPTIQUE
23, Av. Med Essalaoui - FES
Tél. 0535 93 20 06 / Fax 0535 94 41 92
ICE 03072121600015
Patente 13603441 - IF 16404760

**TIMBRE
OBLIGATOIRE**

المسؤول على رأسه
L'OPTOMETRISTE - OPTICIEN - BERRADA EST LE RESPONSABLE DE VOTRE CONFORT VISUEL