

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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 065926

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 696 Société : 120666
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : B. A. B. I. Mohamed
Date de naissance : 01-01-42
Adresse : Hay AL INARA 1 B. Tichky N°7 Casa
Tél. : 0522210500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2022
Nom et prénom du malade : B. A. B. I. Mohamed Age : 80 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Myopie de refraction
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) :



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
03 06 2022	Q		2200,5 H	Dr YAKOUTI Abdelhak Ophtalmologiste 1- Bd Mohamed Ben Ahmed El Abdi, 2ème Etage Bernouss Casablanca - Tel. : 05 22 75 23 2

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/06/22	3700,00 DH

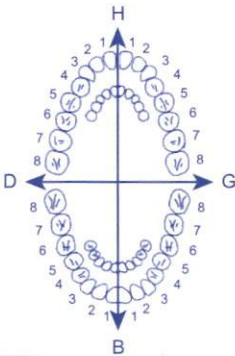
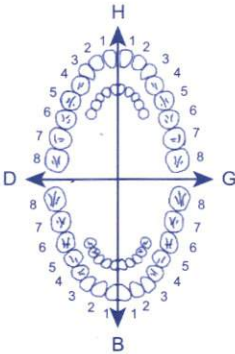
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

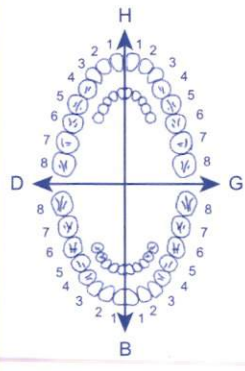
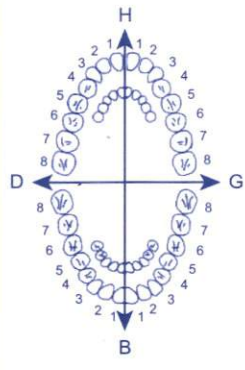
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> D <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 25533412 00000000 00000000 35533411 </div> </div> <div style="text-align: center;"> G <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 21433552 00000000 00000000 11433553 </div> </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	(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

Important :

Veillez 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	
				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			
	<div><div>H</div><div><div>D</div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>G</div></div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			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

INPE



FACTURE N° A 121/22

ICE N° : 001587406000070

CODE / INPE : 095019279

IF N° : 20699296

Mohammedia le 22 / 06 / 2022

RC N° : 18891

PATENTE N° : 3653246

Mr : BAABI Mhamed

N° de nomenclature: 407 407 407 407

Docteur: YAKOUTI Abdelkhalek

DEUX Montures : PLASTIQUES OPTIQUE	1 500,00
Verres: ORGANIQUES BLANCS Anti-reflets	
VL: ORGANIQUES BLANCS Anti-reflets	
OD: -0.50 (-0.75 à 100°)	600,00
OG: -0.50 (-0.50 à 65°)	600,00
VP: ORGANIQUES BLANCS	
OD: Add : +2.75	500,00
OG: Add : +2.75	500,00

total :

3 700,00 DH

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS MILLE SEPT CENT DIRHAMS .


SETAGENERAL D'OPTIQUE
Optique - Optométrie - Contact
40, Bd Achorafa, Saada, El Alia, Mohammedia
Tel: 06.22.28.19.39

Dr. YAKOUTI Abdelkhalek

Ophtalmologiste

Spécialiste de la chirurgie

et des Maladies des yeux

Cataracte - Glaucome - Strabisme

Voie lacrymales - Angiographie

Laser - Lentilles de Contact...

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août

Ancien Médecin Ophtalmologiste à l'Hôpital Al Mansour

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie



الدكتور الياقوتي عبد الخالق

أخصائي في جراحة وأمراض العيون

جلالة - ضغط العين - الحول

مسالك الدموع أنجيوكرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة

جراحة عيوب البصر

طبيب العيون سابقا بمستشفى 20 غشت

طبيب العيون بمستشفى المنصور

عضو في الهيئة الفرنسية لأطباء العيون

لا نغير تاريخ الفحص ولا التاريخ الموحّد على أوراق التعاضدية

03 juin 2022

Casablanca le, : : الدار البيضاء في

Mr. BAABI Mhamed

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Amincis à fort indice Transition

VL : OD = - 0.50 (- 0.75 à 100°)

OG = - 0.50 (- 0.50 à 65°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : ODG = Add : + 2.75

Dr. YAKOUTI Abdelkhalek
Ophtalmologiste
1, Bd Mohamed Ben Ahmed
El Abdi, 2ème Etage Bernoussi,
Casablanca - Tél. : 05 22 75 23 23

GÉNÉRAL OPTIQUE
Casablanca - Tél. : 05 23 23 19 39

1، شارع محمد بن أحمد العبدى - الطابق الثاني - سيدي البرنوصي - الدار البيضاء

1, Bd. Mohamed Ben Ahmed El Abdi - 2ème Etage - Sidi Bernoussi - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 75 23 22 - 05 22 75 23 23