

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 canalaire, 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 canalaire.

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 P19-

065272

132397

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6.601 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL YOUSSEFI Abdellah

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : 207 WAFI 28 PASSER 1 BERAHD

Tél. : 0661650595 Total des frais engagés : 3 779 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Saïd EL HASSAF
Ophtalmologiste
Bd Mohamed V 100 101
N° 41 (Imb Avec Accès) L'ollement
Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour)
Tél : 05 22 32 43 44

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2022

Nom et prénom du malade : EL YOUSSEFI Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : affection canalaire

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 : 06.10.2022

Le : 06.10.2022

Signature de l'adhérent(e) :

8

MUPRAS
ACCUEIL
H. HAKANI

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			200.00 DH	Dr. Said EL HASSAR Ophtalmologiste 84 Mohamed V Avenue, 341 clage 4 N° 41 (Imb Avec Accessem) Lotissement Nasrallah Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour) Tél : 05 22 32 43 44
10	G 2			
22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 2000 Dr. KADIRI LALLA ZINEB 22, Bd. Mohamed V (Près de la Mosquée OHDoud) Berrechid Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 65 62 50 Instagram : Pharmacie_2000	06/10/2022	79,00 Dr. KADIRI LALLA ZINEB 22, Bd. Mohamed V (Près de la Mosquée OHDoud) Berrechid Tél : 05 22 53 36 05 / 06 01 65 62 50 Instagram : Pharmacie_2000

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
		A M	P C	I M	I V	
	20/10/22					3500,00

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.

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			
	25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	H B G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

Dr. Said EL HASSAR

Ophthalmologiste

**Spécialiste de la Chirurgie
et des Maladies des Yeux**

**Cataracte - Glaucome - Strabisme
Voies Lacrymales - Angiographie**

Laser - Lentilles de Contact

Chirurgie de la Myopie

**Membre Titulaire de la Société
Française d'Ophthalmologie**



الدكتور سعيد الحصار

أخصائي في أمراض و جراحة العيون

جراحة - الزراق - المول

مسالك الدموع - انجيو كرافيا

الليزر - العدسات اللاصقة...

جراحة عيوب البصر

عضو دائم بالجمعية الفرنسية

لطب العيون

Agree Par le Ministère de la Santé Permis de Conduire

ORDONNANCE

**Berechid le : برشيد في :
06/10/2022**

ELYOUSSEFI Mohammed

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

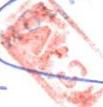
PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : (95° -0,75) , Addition + 3,00

Oeil Gauche : (90° -1,50) + 0,25 , Addition + 3,00

79,00

Pure cell



428

21/11/2022

Dr. Said EL HASSAR

Ophthalmologiste
Bd Mohamed V Imb 341 étage 4
N° 41 (Imb Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah
Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour)
Tel : 05 22 32 43 44

شارع محمد الخامس العمارة 341 الطابق 4 رقم 41 (إقامة بالمصعد) تجزئة نصر الله

برشيد (قرب المركز التجاري كارفور) - الهاتف : 05 22 32 43 44

Bd Mohamed V Imm 341 étage 4 N° 41 (Imm Avec Accenseur) Lotissement Nasrallah

Berrechid (En Face Centre Commercial Carrefour) - Tél : 05 22 32 43 44

FACTURE

Date : 06/10/2022

CLIENT: MOHAMMED ELYOUSSEFI**Numéro: 332516**

Article	Désignation	Qté	Prix TTC
<u>LOIN:</u>			
MONTURE	OPTIQUE OPAL	1	500.00
VD	PROGRESSIF INDO 1.5 PG CEFIR	1	1 500.00
VG	PROGRESSIF INDO 1.5 PG CEFIR	1	1 500.00
<u>PRES:</u>			
MONTURE		0	0.00
VD		0	0.00
VG		0	0.00
<u>CORRECTION VISUELLE:</u>			
Dr. SAID EL HASSAR			
LOIN : OD: (-0.75,95°) OG:+0.25(-1.50,90°)			
PRES OD: OG:			
ADD : OD +3.00 OG:+3.00			
Total TTC:			3 500.00
Taux TVA:			20%
Montant TVA			700.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **TROIS MILLE CINQ CENT DIRHAMS TTC.**

Signé:



refreshing eye drops for irritated eyes
10 ml bottle

Description

The refreshing, soothing and calming qualities of Camomile, Euphrasy, Witch-hazel and Cornflower relieves redness caused by environmental elements such as wind, sun, dry air and salt water, as well as smoke, excessive light, sports or visual fatigue due long periods using a computer.

Composition

Camomile water 10%, Euphrasy (eyebright) water 10%, Cornflower water 10%, Witch-hazel water 10%, dibasic sodium phosphate; monobasic sodium phosphate; sodium chloride; benzalkonium chloride; sodium edetate; WFI.

Instructions for use

Put one drop of PURE into the eye by pressing slightly the container. You can repeat this administration any time you need during the day.

Precautions ad warnings

- do not use if the container is damaged.
- do not use if you are sensitive to any of the components.
- do not use after the expiry date shown on the container.
- do not touch the eye with the tip of the container.
- leave at least 10-15 minutes between administration of PURE and any other ophthalmic drugs.
- once opened the bottle throw away any unused product after 30 days.
- keep out of the reach and sight of children.
- do not swallow.
- do not store above 25 °C.

Manufacturer: Farmigea SpA, Via GB Oliva 8, 56121 Pisa, Italy

Distributor: B2S Health Services. Villa 44, lotissement AL Hanaa, Hay Nahda 2 - Rabat

Date of last revision texts: september 2011

CE 0546

STERILE A

PPC 79,00 DH

LOT



0610421
2024 04

