

## 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 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 |

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.

N° W21-777715

150808

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 221 Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KRATI SAID

Date de naissance : 13.09.1959

Adresse : Tunis elhoudhoud Hay tawik 2 Fés

Tél. 0614.31.75.90

Total des frais engagés : 850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/12/2022

Nom et prénom du malade : Krati y amnes Age : 22

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Géronte opht 7

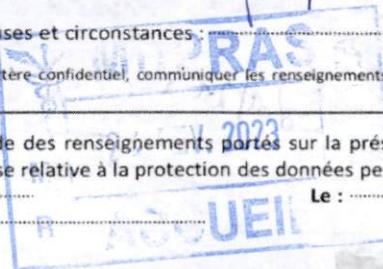
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



REÇUE !

## **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
23/12/22	C5		250,00	INP : 14.16.03568
				VITALMO - CLINIQUE DOCTEUR OUSSAMA Medecin et chirurgie des malades et Re Immo ZONE 63568

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

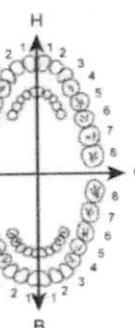
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	08/07/2013	-		-		600000,00

## **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	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			COEFFICIENT <input type="text"/>

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# مَسْلِحَة طَبِ الْعَيْنَ وَنْ فَاس OPHTALMO - CLINIQUE DE FES



## PRATICIENS

DR OUSSAMA TAZI  
Chirurgien ophtalmologiste  
DES de Toulouse - France  
European Board of ophtalmology  
Spécialiste en chirurgie réfractive

DR MEGZARI ADIL  
Spécialiste des maladies  
et chirurgie des yeux  
Ex. Médecin à l'hôpital  
des spécialités de Rabat  
Diplômé des facultés  
de Médecine de Paris et Besançon

Fes, le vendredi 23 décembre 2022  
Monsieur KRATI Younes

## UNE PAIRE DE LUNETTE +MONTURE

### DE LOIN ANTI-REFLET

## ORTHOPTIE

Bilan orthoptique  
Rééducation d'ambylopie  
Basse Vision  
Champ visuel  
Lancaster  
Vision des couleurs

Oeil Droit : (10° -0,50) + 0,25

Oeil Gauche : (5° -0,50) + 0,25

## EXPLORATIONS

Angiographie numérisée  
OCT  
Laser Multispot  
Laser YAG  
Topographie cornéenne  
Biométrie  
Pachymétrie  
Aberrométrie  
Echographie oculaire  
Microscopie spéculaire  
Crosslinking

Urgences ophtalmologiques  
24h/24

## SECRETARIAT

Tél : 05 35 73 46 46  
Fax : 05 35 73 48 48

prise RDV : 0808 555 008  
(Numéro Gratuit)

N° 3 Lot Yasmine Rte Imouzer, Fès



SUP VISION

90 AV MOHAMMED EL FASSI  
LOTS RACHIDIA FES  
TEL :0535967584

FES 08/04/2023

FACTURE N° 1284

ICE :000566833000072 INP :145009874 RC :80986 IF :15183755 PATENTE :13433709

Mr/Mme KRATI YOUNES

Vision de loin

OD : +0,25 (-0,50 à 10°)  
OG : +0,25 (-0,50 à 10°)

Vision de près

OD :

/

OG :

Désignation : 1 Montures : l'Optifit Prix : 300,00  
2 Verres : A.R. orange Prix : 300,00  
Total TTC : 600,00

- Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cent dinars

Cachet, signature :

**SUP-VISION**

**MAZEK MRAZZI**

Spécialiste-Optométriste  
N° 90 Av. Med. Fassi Lôt. Rachidia  
Mag. 1-FES-Tél: 05.35.96.75.84