

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.

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.

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

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



N°D: 11487.

Déclaration de Maladie : N° P19- 0020271

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 619 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELFANE KHAYAT Date de naissance : 01/01/1946

Adresse :

Tél. : 0636228961 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Med Yacine EL BAKKOURI
Ophtalmologiste
Imm Ain Hmida 1 N°303 1er E.
Av Abdelkrim El Khattabi
En face Marjane Tél : 05 25 08 01 18

Date de consultation : 14/11/2019

Nom et prénom du malade : ELFANE KHAYAT

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 : MARRAKECH

Le : 14/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :


[Signature]

[Signature]

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
16-11-19	C.S.		200 DH	Dr Med Yacine EL BAKKOURI Ophtalmologiste Im. Dr Houda 1 N°303 1er E. Av Abdelkrim El Khattabi En face Marjane Tel 05 25 08 01 18

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/11/19	3000,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

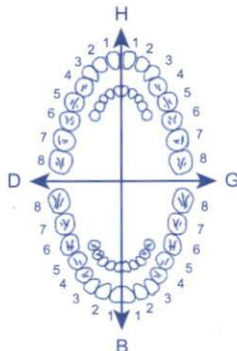
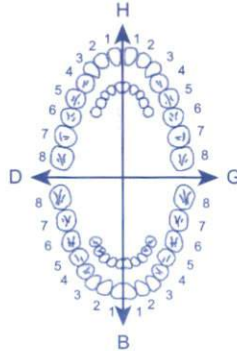
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) 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. Med Yacine EL BAKKOURI

Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la faculté de médecine
de Marrakech et de Strasbourg



د. محمد ياسين البكوري

إختصاصي في طب وجراحة العيون

دبلوم كلية الطب بمراكش

و**ستراسبورغ**

Ordonnance

14 novembre 2019

Mr. EL FANE Khayat

Monture + verres correcteurs progressifs

VL :

OD = + 2.25 (- 0.50 à 95°)

OG = + 2.25 (- 0.50 à 85°)

VP :

ODG = Add : + 2.75



Dr. Med Yacine EL BAKKOURI
Ophtalmologiste
Imm Ain Hmida 1, N° 303, 1er E.
Av Abdelhkim El Khatabi
En face Marjane Tél : 05 25 08 01 18

عمارة عين حميدة 1 رقم 303 الطابق رقم 1 أمام مرجان طريق الدار البيضاء-مراكش

Imm Ain Hmida 1, N° 303, 1er étage, Av Abdelhkim El Khatabi

En face Marjane route de casa ☎ Tél : 05 25 08 01 18 : الهاتف

O'PTYS OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE

BD ALLAL EL FASSI IMM 6
NUM :163 A PROXIMITE DE
MARJANE

Fax : 05 24 29 28 18

www.optys.ma

RC 70733
IF 15288050
TP 45394346
ICE 1559222000073
INPE 075016386

Marrakech le: 23\11\2019

FACTURE 106419

M. EL FANE KHAYAT

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE CLIENT	400.00
VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF ANTIREFLET OD +2.25 (-0.50) 95 ADD +2.75	1 300.00
VERRE ORGANIQUE PROGRESSIF ANTIREFLET OG +2.25 (-0.50) 85 ADD +2.75	1 300.00
<p>Opticien Optométriste Contactologue Mme TOUKMANI HOUDA SIE ALATOUK OPTIQUE SARL O'PTYS RC 70733 TP 45394346 - IF 15288050 ICE 001559222000073 Tel 05 24 29 29 19</p>	

Dont TVA (20%)

500.00

TOTAL TTC

3 000.00

ARRETEZ LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Trois mille Dirhams