

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

- 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° W19-485514

40178

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YAKOUT

Date de naissance : 09.03.67

Adresse :

Tél. : 0611899083

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.01.20

Nom et prénom du malade : YAKOUT SADIA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HICE

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 : 16 SEP. 2020

Signature de l'adhérent(e) :

YAKOUT SADIA

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Date des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/01/20	C	3000,00	INP : 06/01/2020	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Bouchaib 124, 60 Avenue Ouled Ali BP 52233735 062047295	27/01/2020	160,00
100,00	27/01/2020	135,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

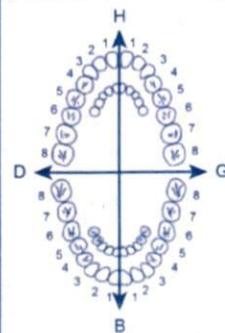
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

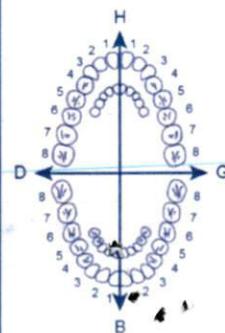
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Ophthalmologiste

**Spécialiste des maladies et Microchirurgie
des yeux - Strabologie
Chirurgie de la cataracte aux U.S
Angiographie , Laser**

Membre de la société française d'Ophtalmologie
Ancien Spécialiste au CHU. Ibnou Rochd (20 Aout)



الاختصاصى فى أمراض وجراحة العيون

الجراحة المجهريّة للجلالة
علاجيّ الحول ، مسالك الدمويّ
فحص الشريانين بالأشعة
العلاج بالليزر

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون
طبيب إختصاصي سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

Yokonu *Yakona*

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
124, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0523 33 73 5
INPE 06 20 7295
(20)

$$\text{OD: } (-0,1^{\text{fs}} \times 10) \\ \text{OS: } (-0,1^{\text{fs}} \times 30)$$

22,60

Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMP/21/NCV
Laboratoires Sotthema
PPV : 22,60 DHS

6 118001 070244

Remboursable AMO
406865

MA

KAMBOU
Pharmacie Ouled
124, Bd Mohamed V, Béjaïa
Tél: 032233735
INPED 02047295

Barcode: 316620421003295

Distribué au Maroc par :
Laboratoires SOTHEM -
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

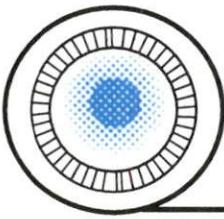
MA

VA22763C1OMAR/09/19

شارع الحسن 11 بلوك رقم 3 عمارة 21 تجزئة الصافي طريق الكارة - الهاتف: 32 56 56 - 1522 32 56 56 - بوشيمان

Bd. Hassan II, Bloc N° 3 Imm 21 - Lot. ESSAFI Direction EL GARA - Tél. : 0522 32 56 56 - BERRCHID

optic contact



Opticien



06508021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 685/20

Berrechid, le

27/08/2020

Client : Mme YAKOUTY. SANAA.

Code	Description	Total
YOT	Revison de lun. Vg	450
YOT	Argus 46/20 MC	450
	rentee	600
	RTW	1500
	83 (-0,80 i 120°) lun.	
	86 (-0,80 i -30°) lun.	
	peri espec.	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		
Mille Cinq Cent Jus. TTC		