

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9.4.86

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M. HAFI Khaadija

Date de naissance : 25/12/1960

Adresse :

Tél. : 0661863501 Total des frais engagés : 6610 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/04/2023

Nom et prénom du malade : HAFI Khaadija Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : Khaadija

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
05-04-23			250 DH	<p>Dr. M. JAMALI Azzeddine Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux 213 Avenue Mohamed V Gueliz à Côte de Royal Air Maroc Marrakech 0524.44.95.25</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRALE Pharmacie Centrale SARL AU M. Mohammed V - Marrakech	05 AVR 2023	147,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

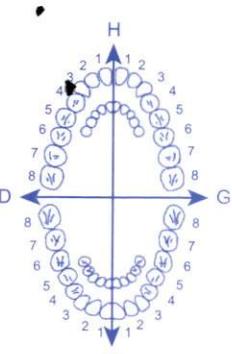
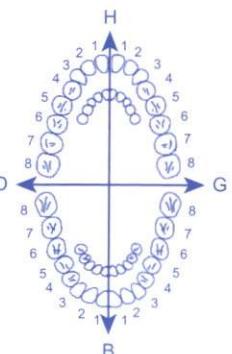
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
VIS DUMONT GROUP SARL N°24 Intersection de la ou Yacoub El Mansour et la Allée El Fassi - Marrakech	09-06-2023					6610,00
	IN.PC: 0750 22657					

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jamali Azzeddine

SPÉCIALISTE
CHIRURGIE ET MALADIES DES YEUX

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Clermont Ferrand en France

Sur Rendez-vous
ICE : 002163054000078

الدكتور جمالي عز الدين

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون
خريج كلية الطب بكليرمن فرن بفرنسا

بالموعد
INP : 071079883

Marrakech, Le
05/04/2023

مراكش في

CHAIFI Khadija

LUNETTES VL

$$OD = (63^\circ - 0,25) + 2,5$$

$$OG = (125^\circ - 0,25) + 1,5$$

$$VP = \text{addition} + 2,5$$

Docteur JAMALI Azzeddine
Spécialiste des Maladies et
Chirurgie des Yeux
213 Avenue Mohamed V Guéliz
à Côte de Royal Air Maroc
Marrakech 0524.44.95.25

1) Hye collyre
1g x 4/j

NS ELMOUNAID GROUP SARL
Intersection de la Bd Yacoub El Mansour et Bd
Allal El Fassi - Marrakech

ALAIN AFFLELOU

OPTICIEN

Mme KHADIJA CHAFI

FACTURE CLIENT N° : F107224

Date : 09/06/2023

BENEFICIAIRE

Nom et prénom : **CHAFI KHADIJA**

Date de naissance :

N° sécurité sociale :

N° d'adhérent :

Assuré :

Régime :

Prescrit par :

Docteur :

ID :

En date du :

Corrections :

VL D. Sph: +2.50 Cyl: -0.25 Axe: 63° Add: +2.50

VL G. Sph: +1.50 Cyl: -0.25 Axe: 125° Add: +2.50

VP D. Sph: +5.00 Cyl: -0.25 Axe: 63°

VP G. Sph: +4.00 Cyl: -0.25 Axe: 125°

Libellé	Prix facturé	Code TIPS	Base	Rembt. 65%	Compl.	Assuré
1.6 PROGRESSIF LIFE STYLE BLEU CTRL	2500.00					2500.00
1.6 PROGRESSIF LIFESTYLE BLEU CTRL	2500.00					2500.00
MONTURE OPTIQUE	1610.00					1610.00
INPE 075022657						
TOTAL	6610.00					6610.00
NET A PAYER par l'assuré	6610.00					

Mentions légales

N1 Immeuble Safwa N 24 Intersection du Bd Yac. El Mansour et Bd Allal El Fassi

Marrakech - 05 24 30 08 36

RC: 92031 - IF: 31817779 - TP: 45302078 - CNSS: 1217162
ICE: 002167427000056 - INPE: 075022657

