

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.



Déclaration de Maladie

M23-0019674

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3260 Société : 170082

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : harouch mohammed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-019674

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 canaux, 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 canaux.

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.

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3260 Société : R. A. F.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HARROUCH JOHANNED


Date de naissance : 14 Sep 1954

Adresse : D19 Sidi Rahhal Prov. Benshalij

Tél. : 06 66 311421 Total des frais engagés : 1182.60 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/05/2023

Nom et prénom du malade : BICHRI Soudia Age :

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


Nature de la maladie : Anisotropie & conj Allergique

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) : 

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.

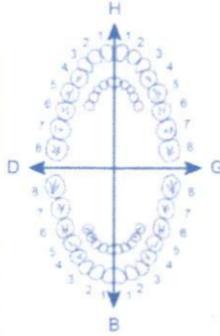
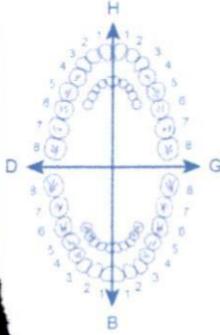
[illegible]

Hay CHARAF, Imm Fath. 3ème étage.
Appt 6. 564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech.
05 24 31 21 81

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/01/2023	132,60

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
MESLOUHI Oumaima Opticienne - Optométriste Lot Charaf Al manar N° 406 - Marrakech Tél : +212 6 00 20 55 04	20/07/23					Monture optique Deux verres correcteurs anti reflets anti lumière bleue 800 Dht

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100%; height: 20px;"></table>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>									
MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/> FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIREES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	G		00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession												
DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>													

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte - Glaucome
- Oeil et diabète - voies lacrymales
- Echographie oculaire - Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار و الكبار
- جراحة الجلالة - المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري - المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية - الليزر
- رخصة السباقة

09 mai 2023

Mme BICHRI Saadi

32,00

PHYSER

1 lavage par jour

ZALERG COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour , pendant 2

RONIC: COLLYRE

1 goutte x 3/ jour pdt 10 j
1 goutte 2 fois par j 7j
1 goutte par j pdt 7j



Dr. KBAILI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
N°1 CHAC 2, Imm 3 Ath, 3ème étage,
Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech.
05 24 31 21 81

FACTURE

Code INPE: 075045823



CLIENT: BICHRI SAADIA

DATE FACTURE : 20-07-2023

NUMERO : 0009/23

Désignation		Qté	Prix TTC
PRES:			
MONTURE	MONTURE OPTIQUE	1	500,00
OD	+2.25 VERRE CORRECTEUR NTIREFLETS ANTI LUMIERE BLEUE	1	150,00
OG	+2.25 VERRE CORRECTEUR NTIREFLETS ANTI LUMIERE BLEUE	1	150,00

Total HT	TVA 20%	Total TTC
666,67	133,33	800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de: **HUIT CENT DIRHAMS .TTC.**

EL MESLOUHI Oumaima
Opticienne - Optométriste
Lot. Charaf Almanar N° 406 - Marrakech
Tél : 212 6 08 28 55 84



- Ophtalmologie adultes et enfants
- Chirurgie de la cataracte - Glaucome
- Oeil et diabète - voies lacrymales
- Echographie oculaire - Lasers
- Permis de conduire

- طب العيون للصغار و الكبار
- جراحة الجلالة - المياه الزرقاء (ضغط العين)
- العين و داء السكري - المسالك الدمعية
- التصوير بالموجات فوق الصوتية - الليزر
- رخصة السباقة

09 mai 2023

Mme BICHRI Saadia

Monture pour vision de près + verres correcteurs
Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VP : ODG = + 2.25

DR. KBAILI AKATRINA
OPHTALMOLOGUE
Hay CHARAF, Imm Fath, 3ème étage,
Appt 6, 564 Avenue Allal El Fassi - Marrakech.
☎ 05 24 31 21 81

EL MESLOUHI Oumaima
Opticienne - Optométriste
Lot. Charaf Al manar N° 406 - Marrakech
Tél : +212 5 08 28 55 84