

## 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

MUPRAS - Avenue Alphonse Massé - 40000 Marrakech - Maroc - Tél. : 0524 91 45 00 - Fax : 0524 77 78 00 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-810749

MR  
PLW

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 05102			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL KHAZRAJI No Samed.			
Date de naissance : 02/07/84 -			
Adresse :			
Tél. : 0661878316 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr OUAGGAG BOUCHRA Ophthalmologist Business Address Gueliz, Intersection Bd Abdellah Ben Badis, Bd My Idriss, 2 <sup>e</sup> étage, N° 11 - Marrakech Office : Bd My Idriss, 2121 08000 Marrakech, Morocco			
Date de consultation : 17/07/2023			
Nom et prénom du malade : Affectation oculaire			
Age : 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Affectation 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

WY



31 JUL 2023  
R ACCUEIL 17/07/2023

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
10/07/23	5		3000Dhs	INF : b11Bb8E619

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MASSMOUDI 100 EL MASSMOUDI QUARTIER 2915 El Meknès Maroc 490137	17/10/23	247,00

072025430

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00003410</td> <td>01493550</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>36638411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H	G	00003410	01493550	00000000	00000000	D		00000000	00000000	36638411	11433553	B			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
00003410	01493550																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
36638411	11433553																	
B																		
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> fonctionnel, thérapeutique nécessaire à la prothèse</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie

# طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العين

الكتار والصغار

المياه البيضاء حول العين المائل

المعية النزق الغربية لبكيبة

الحرارة الانكسارية والعدسات الاصناف

الجراحة الانكسارية والعدسات الاصناف

Marrakech le :

Marrakech le :

Marrakech le :

17 juillet 2023

Mr EL KHAZRAJI Mohamed

*147,40*  
1/ THEALOSE COLLYRE



1 goutte x 4/j, dans les deux yeux

*PHARMACIE EL MASSHOUDI*  
Lot. El Massmoudi 29 Targa  
Marrakech  
Tél: 05 24 50 01 37

*Ophthalmology Laser Le Guéliz  
Dr OUAGGAG BOUCHRA  
Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim  
El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage N° 11 - Marrakech  
Tél: (+212) 0808536471*

# Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie

# طب العيون و الليزر جليز

جامعة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكتار والستفال

المياه البيضاء الجول أمراض الجفن المسالك

المعوية الرنقة القرنية الشبكية

الجراحة الانكسارية والعدسات الاصطناعية



طب العيون و الليزر جليز

جامعة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكتار والستفال

المياه البيضاء الجول أمراض الجفن المسالك

المعوية الرنقة القرنية الشبكية

الجراحة الانكسارية والعدسات الاصطناعية

Marrakech le :

Marrakech le :

Marrakech le :

## Reçu de caisse N° : 74539

essouart

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT17100409423 9	EL KHAZRAJI Mohamed	17/07/2023

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	Consultation	300,00
Reçu établi par :		<b>Total payé</b> 300,00

Ophthalmology Laser Le Gueliz  
Dr OUAGA ZAG BOUCHRA  
Ophthalmologiste  
Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11  
El Khattabi et Bd My rachid, 2e étage N° 11 - Marrakech  
(+212) 0808536471

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com