

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

16676

Déclaration de Maladie : N° P19-0006813

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 028MSociété : RETRAITE Actif Pensionné(e) Autre : RETRÈTENom & Prénom : BABA ABDESSALAM Date de naissance : 18/05/1956Adresse : LOI MAHITALAH N°1913 LAMHAMID ASKORE MARRAKECHTél. : 0661660337, 0524361212 Total des frais engagés : 263,40 + 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/11/2019Nom et prénom du malade : BABA Abdessalam Age : 69 ans

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint EnfantNature de la maladie : Blepharite / St cheuve 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 : MARRAKECHLe 26/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
26/11/15	8		200,00DH	DR M. MAMADOU MAMADOU 170 Mhamid 1-B Aïcha MAPTAECH FIX / 05/24 37 03 70

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr NACHID IDRISI SIDI PHARMACIE RAJ 1242, Lot Moustallah M'hamed Tél : 05 24 37 28 29	26/11/15	Dr NACHID IDRISI SIDI PHARMACIE RAJ 1242, LOT Moustallah M'hamed Tél : 05 24 37 28 29

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

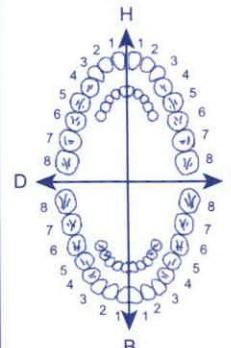
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important

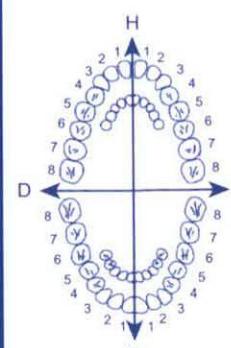
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Docteur EL HAMIDI Mariam

Spécialiste des maladies
et de la chirurgie
des yeux



الدكتورة الحميدي مريم
إختصاصية في أمراض
و جراحة العيون

Marrakech le

26 novembre
2019

Mr. Baba Abdesslam

1/ AZYTER COLLYRE

26. 2

1 GTTE 2 FOIS PAR JOUR PDT



2/hylocomod COLLYRE

150

1 GTTE 3 FOIS PAR JOUR PDT 3 MOIS



3/MASSAGES DES PAUPIERES A L'EAU TIEDE
2FOIS PAR J

4/ fucithalmic gel

32. 20

1 app le soir 15j OG

Dr NACHID IDRISI SIDIQI
PHARMACIE RAJA
1242, Lot Matalah M...
Tél: 05 24 37 28 29



لا يتغير موعد الفحص

M'hamid 1 - B, Imm 170, Appt 1 (en face de café El boughaz) Marrakech

محاميد 1 - B، عمارة 170، شقة رقم 1 (أمام مقهى البوغاز) مراكش

Tél.: 05 24 37 03 70