

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 des données personnelles.

N° W19-582683

4832h

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 30180 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELMAYANI MARIAM

Date de naissance : 03/04/1981

Adresse : Resid sine imm 15 apt 9 bd Allal el Fassi Namakech

Tél. : 0661239890 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENBOUZID NOUREDDINE
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Allal el Fassi Imm Nfis Entrée C3
Tel : 05 24 31 18 65

Date de consultation : 27 OCT 2020

Nom et prénom du malade : ELMAYANI MARIAM

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivants à la 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 : Flau/Cath

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nature et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/10/2010	CS		150 DH	INP 071021356

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		D. BENBIZID NOUREDDINE OPTIC 05/11/2010 Entrée C3

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
		AM	PC	IM	IV	
EL FATAOUI OPTIC	28/10/2010					1100,-

075001487

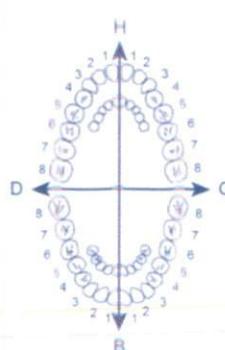
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

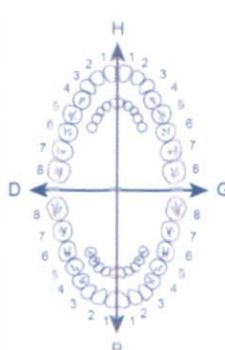
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :



ODF PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la protection

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE

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

Dr. BENBOUZID Noureddine

SPECIALISTE

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Montpellier

Ancien Médecin Chef de l'hôpital EL Antaki

Agrée pour la Visite du Permis de Conduire



الدكتور بنبوزيد نور الدين

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب رئيسي سابق بمستشفى الأنطاكي

معتمد لشهادة السياقة

بالموعد

Sur Rendez-vous

Marrakech, le

25 dec 2012 مراكش، في:

El A. Zaytun
Nemours

AM

096. - 1,25

EL FATAQUI OPTIC
Opticien et Ophtalmologiste
Av. Allal el Fassi Imm. N'FIS Entrée C
Tél: 05 24 31 18 65

Dr. BENBOUZID NOUREDDINE
OPHTHALMOLOGISTE
Av. Allal el Fassi Imm. N'FIS Entrée C
Tél: 05 24 31 18 65

شارع علال الفاسي، عمارة نفيس، مدخل س 3 (أمام البنك م.ت.خ) - الداوديات - مراكش - الهاتف: 05 24 31 18 65

Av. Allal EL Fassi Imm. N'FIS, "C" 3 (en Face de la B.M.C.E) - Daoudiate - Marrakech - Tél : 05 24 31 18 65



بصريات الفتاوي
Optic el fataoui

Lot Ratma Avenue la palestine N°52
Marrakech.Tel:0524314131
ICE:000504046000052-IF:69173555
R.c:76272-patente: 46331181

Marrakech le : 28/10/2020

Nom du client : EL FATAOUI
TALIAN

N° 001100 Facture

EL FATAOUI OPTIC

Opticien de la vue et de la couleur

Av. Lot Ratma Avenue la palestine

Marrakech Tel: 0524314131

Ordonnance de mr le docteur: BENBAYZID NOURDINE

	Sph	Cyl	Axe
O.Droite	-1,25		
O.Gauche	-1,25		
Add			

FOURNITURES

1 Monture : plastique 400,-
2 verre: Antireflet 700,-

Autre : 31

1100 cent dhs Total 1100,-

EL FATAOUI OPTIC
Opticien de la vue et de la couleur
Marrakech Tel: 0524314131

Lot Ratma Avenue la palestine N° 52

Marrakech.Tel:0524314131

ICE:000504046000052-IF:69173555

R.c:76272-patente : 46331181



بصريات الفتاوي
El Fataoui Optic

Lot. RTMA Av. De Palestine, N° 52 - Marrakech - Tél : 024 31 41 31
R.C : 76272 - Patente : 46331181 - LF : 69173555

BON DE COMMANDE

N° 004015

Marrakech, le : 28/10/20

Nom & Prénom : M^e MARIAH

Tél :

Martine Solbé

+ UL Ant

+ S UL Ant

(2 paires)

Total	1100,
Avance	800
Reste	300