

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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 des données caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº P19- 0037607

Ca

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10284

Société : R.A. 17 77971

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CITO VICID MUSTAPAH

Date de naissance : 1866

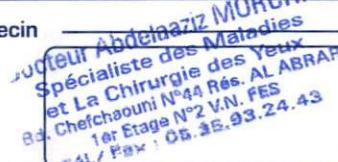
Adresse : AV MANAMA RUE LOU NDA ZOHRA

Né 101 FES

Tél. : 0664279750 Total des frais engagés : 1153,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 8/04/2011

Nom et prénom du malade : SABONI ZAHRA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : réfroschon affektie

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 : 125

Le : 09/05/2011

Signature de l'adhérent(e) : Cf

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

Nº P19-037607

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 :

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
08/04/21	CS		2000 DT	ANPE : 14/04/21 Dr. Abdellaziz MOURID Spécialiste des Maladies et La Chirurgie des Yeux ad. Chechaoui N°44 Rés. AL ABRAR 1er Etage N°2 V.N. FES Tél : 05 35 64 06 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FIRDAOUS 17, Avenue Al Manama MONT-FLEUR Tél: 05 35 64 06 25	08/04/21	15300

ANALYSES - RADIographies

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	
OPTICIENNE ET OPTICISTE 115, RUE WATWAT, MONT-FLEUR GSM : 05 64 01 55 50	08/04/21	1 unité + V.C.S. N 55				60000

VOLET ADHERENT

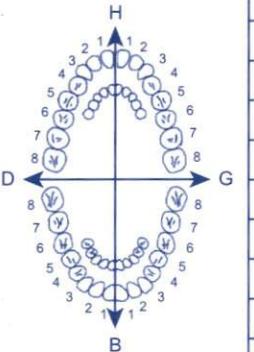
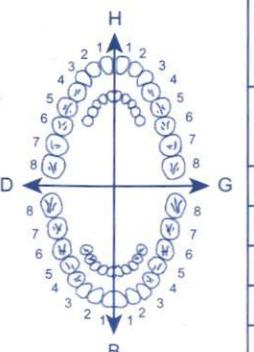
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANT DES SOINS
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	B 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur Abdelaaziz MORCHID

Spécialiste des maladies
et la chirurgie des yeux
Strabisme - Angiographie

Laser

Membre de la Société Française
d'ophtalmologie



الدكتور عبد العزيز مرشد

طبيب اخصائي في أمراض
وجراحة العيون

الحول - فحص شبكيّة العين
تصوير الأوعية - الليزر

عضو الجمعية الفرنسية
لطب العيون

Fès, le : 28/04/21

SABONTE ZAHIRA

Lunettes pour vision de loin (monture + verres)

OD: - A.

Autre effet

OG: (-0.28 . 35°) - A.

7500 Leopold College S.V x 3 →
soft 20g

PHARMACIE FIRDAOUS
47 Avenue Al Nakama
Mont Fleuri 1 - Fès
Tél: 05 24 06 25

7800 Melimag gelato S.V x 1 →

15323 SKALL OPTIC
OPTICIENNE ET ORTHOPTISTE
115, RUE WATWAT, MONT-FLEURI
FES
GSM : 06 64 01 55 50

Dr. Abdelaaziz MORCHID
Spécialiste des Maladies
et La Chirurgie des Yeux
Chefchaouen N°24 Burx AL ABRAR
1er étage, N°2 V.N. FES
Fax : 06.35.93.24.43

شارع الشفشاوني رقم 44 مكاتب الأبرار، الطابق الأول، رقم 2 - م - ج - فاس

Tél / Fax : 05 35.93.24.43

واتساب : 06.91.05.24.44

MELIMAG® B6

CONSEILS D'UTILISATION :

1 gélule matin et soir

Pour plus d'informations, consulter la notice à l'intérieur de la boîte

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas laisser à la portée des enfants

A conserver à l'abri de la lumière et de l'humidité

MELIMAG B6

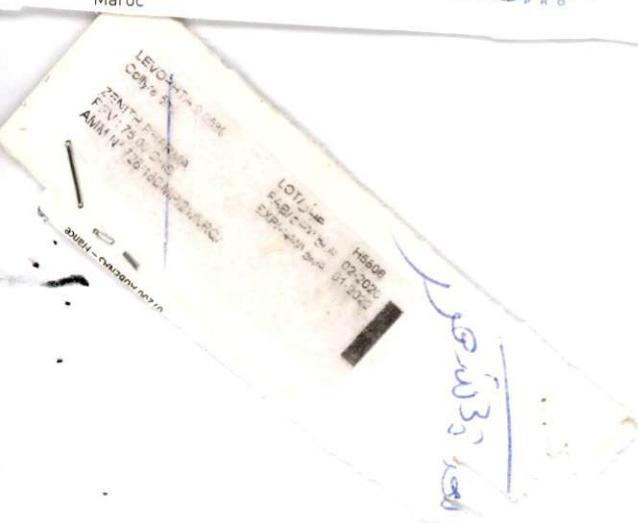
P.P.C : 78 DH

Utile: 12/23 Lot: MM26

BIOXPERT

LES LABORATOIRES
BIOXPERT
Maroc

BIOXPERT PRO



Skalli OPTIC

OPTICIENNE - OPTOMETRISTE - ORTHOPTISTE

مختبرات صقلبي

À Fès le : 05.05.21

Facture N° : 0095 / 21

Nom : Amna SA BOUHI ZAHRA

	SPHER	CYL	AXE	ADD
Œil Droit	-1,00			
Œil Gauche	-1,00	-0,25	35	

Vision de loin

Monture : *Recto Découpe*
Verres : *organique*
Antireflets

Vision de près

Monture :
Verres :

Quantité	Qualité	Prix unitaire	Total
1	Monture	300 در	300 در
2	verres	150 در	300 در
			600 در

Prix TTC :

Prix HT :

TVA :

Arrêté la présente facture avec toute taxe comprise à la somme de :

six cent six *SKALLI OPTIC*

Patente N° 13204536

Adresse : 115, Rue Oran, Mont-fleuri à Fès

زنقة وهران مونفلوري 1 فاس

Gsm: 0664015550

OPTICIENNE ET ORTHOPTISTE
FÉS 115, RUE WATWAT, MONT-FLEURI
GSM: 0664015550

Merci : 13000880 . ICÉ : 00180125000074 . IF: 40489858