

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 : 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

N° W21-605492

Cover
85628

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3120 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAMRANI JANAL RACHID

Date de naissance : 08-07-1955

Adresse : 170, GRAPPE 3 ATTELKIS
MARRAKECH

Tél. : 06 61 18 71 45 Total des frais engagés : 3000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/09/2021

Nom et prénom du malade : ELAMRANI JANAL RACHID Age : 66

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

Nature de la maladie : Refractive

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 : MARRAKECH Le : 17/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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
29.04	G	-	G	INP : 0711211415 Dr. Mohammed Saïd HALALI Spécialiste en Ophtalmologie Ann. 6 App. 5 - Résidence des Bahas - Av. Abd. F. Marrakech - Tél. : (04) 30.41.42

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
HART OPTIC SARL AU Opticienne Optométriste 10 Rue Oued El Makhazine - Marrakech Tél : 05 24 47 05 21	09.09.2021					3000 DA

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Docteur Mohammed Saïd HALOUI

Spécialiste maladie et chirurgie des yeux
Angiographie - OCT (segment post + antérieur)
Topographie cornéenne - Echographie
Microscopie spéculaire
Laser - Cataracte en Phaco-emulsification
Chirurgie réfractive (Myopie Astigmatisme...)



الدكتور محمد سعيد الحلوي
إختصاصي أمراض و جراحة العيون
تصوير أوعية شبكة العين- علاج بأشعة الليزر
التصوير المقطعي بالاتساق البصري
مجهر براق - طبغرافية مساحة القرنية
الفحص بالموجات فوق الصوتية
استحلاب العدسة (الجلالة) بالليزر
جراحة الانكسار (قصر النظر - اللانقطية...)

Marrakech, le 02/09/2021 مراكش في

Monsieur EL AMRANI JAMAL Rachid

UNE PAIRE DE LUNETTE + MONTURE
PROGRESSIFS ANTI REFLET

Oeil Droit : $(180^\circ + 0,50) + 1,00$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $(10^\circ + 0,50) + 1,25$, Addition + 3,00

Dr. Mohammed Saïd HALOUI
Spécialiste en Ophtalmologie
Imm. 6 App 5 - Résidence des Habbous - Av. Allal El Fassi
Marrakech - Tél. : (06) 30.41.42

HARTI OPTIC
10,RUE OUED EL MAKHAZINE
I.C.E: 001540348000033
TEL: 05 24 42 05 21

MARRAKECH LE: 09-09-2021

FACTURE 10/21

EL AMRANI JAMAL RACHID

DÉSIGNATION	QTE	P.U HT	P.U TTC	TOTAL
VERRE PROGRESSIF ORG ANTI- LUMIERE BLEU	2	1250	1500	3000
DONT TOTAL TVA			2500	3000

ARRÊTER LA PRÉSENTE FACTURE A LA SOMME DE TROIS MILLE DH

HARTI OPTIC SARL AU
Opticien Optométriste
10 Rue Oued El Makhaazine - Marrakech
Tél : 05 24 42 05 21

I.F: 06508885 T.P: 451908231 R C : 22835