

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-625063

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3171 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELGHOUCAT EL HASSAN

Date de naissance : 31/05/1956

Adresse : OP. OUM RABII IME N°1

MASSIRA 3 MARRAKECH

Tél. : 0666053579 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12-04-2021

Nom et prénom du malade : BELGHOUCAT KHALIL Age :

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

Nature de la maladie : MOPIC

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 : 12/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

AUTORISATION CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

INP: 071185177

[illegible]

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

[illegible]

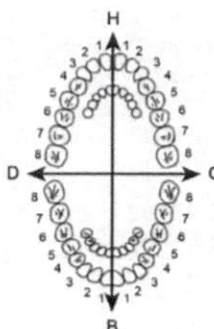
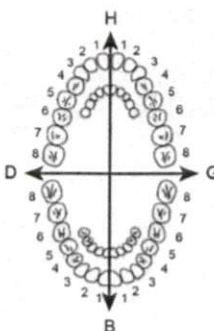
INDE 0,75013839

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 canaux, 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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EL MANAR OPTIQUE

Massira 3 n° 476

Marrakech.

Télé : 0524492884

RC : 11130

Patente : 57307991

IF : 40480834

Facture n° 2052021

ICE : 000828235000035

Nom :

BELGHOUAT

Prénom :

Khalil

Date :

15/10/2021

Correction VL

Correction VP

OD : -4,50 (-4,25 à 13°) OD :

OG : -4,75 (-4,50 à 179°) OG :

Désignation

Quantité

P.U TTC

Montant TTC

lunettes organiques

2

800,00

1600,00

antireflect antilumière

bleu

Monture plastique

1

40,00

40,00

2000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

deux mille dh

Droit de timbre :



CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr.El KHOLTI Yassine

Ophthalmologiste



عيادة طب العيون

الدكتور الخلطي ياسين

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى المحلي لوائي زم

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرقاق

أمراض شبكية العين - الحول - مسالك الدموع

جراحة قصر البصر انجيوكرافيا - الليزر

Ancien Medecin Interne du CHU mohamed VI

Ancien Ophthalmologiste à l'hôpital local de Ouedzem

Membre de la société Française d'Ophthalmologie

Cataracte-Glaucome-Rétine-Strabisme

Angiographie-Laser

12 avril 2021

Mr. BELGHOUAT Khalil

Monture + verres correcteurs
Antireflets

OD = - 4.50 (- 4.25 à 13°)

OG = - 4.75 (- 4.50 à 179°)



Dr. EL KHOLTI Yassine
OPHTHALMOLOGUE
Imm 14 Fatimazahra 22 Massira 1 D
Marrakech
Tel: 0524 34 96 11

Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً كلياً تغيير التواريخ

شارع الداخلة الشقة 14 عمارة فاطمة الزهراء 22 المسيرة 1 حرف D (فوق صيدلية ومختبر القنطرة) مراكش

Bd.Eddakhla(al ahhbas) Imm.14 Fatimazahra 22 Massira 1 D MARRAKECH

(au dessus de la pharmacie et Laboratoire le pont) Tél: 0524 34 96 11

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr.El KHOLTI Yassine

Ophthalmologiste



Ancien Medecin Interne du CHU mohamed VI
Ancien Ophthalmologiste à l'hôpital local de Ouedzem
Membre de la société Française d'Ophthalmologie

Cataracte-Glaucome-Rétine-Strabisme

Angiographie-Laser

عيادة طب العيون

الدكتور الخلطي ياسين

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس
طبيب أخصائي سابق بالمستشفى المحلي لواء زم
عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق

أمراض شبكية العين - الحول - مسالك الدموع

جراحة قصر البصر التحيوكرافيا - الليزر

12/04/2021

FC21040101

- Mr. BELGHOUAT Khalil

- **C2: consultation spécialisée = 250 Dh**

Reçu en espèces la somme de deux cent cinquante dirhams.



Dr. EL KHOLTI Yassine
OPHTHALMOLOGUE
Imm. 14 Fatimazahra 22 Massira 1 D
MARRAKECH
Tél: 0524 34 96 11

Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً كلياً تغيير التواريخ

شارع الداخلة الشقة 14 عمارة فاطمة الزهراء 22 المسيرة 1 حرف D (فوق صيدلية ومختبر القطرة) مراكش

Bd.Eddakhla(al ahbas) Imm. 14 Fatimazahra 22 Massira 1 D MARRAKECH

(au dessus de la pharmacie et Laboratoire le pont) Tél: 0524 34 96 11