

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.

diologie 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.

entaire :

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

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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Tél : 06 66 19 86 21 - Fax : 06 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 066542

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R.A.T.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMRANI Bouchaib

Date de naissance : 02/06/1951

Adresse : 137, Lot Haj Fatch N° 5, Duffa

Tél. 06 66 19 86 21, Total des frais engagés : 620 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AMRANI Bouchaib Age :

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

Nature de la maladie : Affection 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 : Marrakech Le : 06/10/2019


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
06/10/21	C.I.S		300 D.D	
06/10/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/10/21	120,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

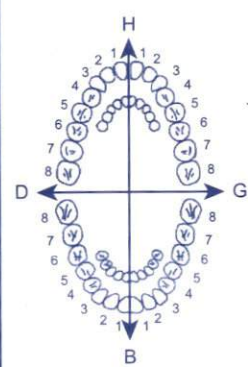
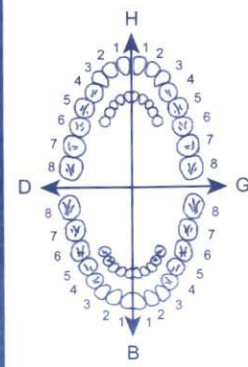
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Ptosis, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie



طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكبار والصغار

المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك الدمعية، الزرق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعصابات اللاصقة

Marrakech le :

06 octobre 2021

Mr. AMRANI BOUCHAIB



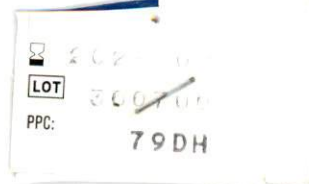
GEL-LARMES - Gel Oph. tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed VI, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

1/ Gel larmes

41,00
1 goutte 3 à 4 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

2/ VITAPOS POMMADE

79,00
1 application*2/j, dans les deux yeux, pendant 3 Mois



Ophthalmology Laser Le Gueliz
Pr BAHALI TARIK
Business Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11 - Marrakech
El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11 - Marrakech
Tel : (+212) 06 405 9999

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com



مصحة المطار
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة متعددة الاختصاصات
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

REÇU ⁽¹⁾

N° 019100

M / M^{me} AMRANI BOUCHAIB a payé

La somme de 20000

en règlement des frais de son hospitalisation

Du 06 / 10 / 2021 au

Signature et cachet

Clinique l'Aéroport
Réception

⁽¹⁾ Reçu du règlement provisoire, établi dans l'attente de la facture définitive.



مصحة المطار
CLINIQUE L'AÉROPORT

مصحة متعددة التخصصات
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

• Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
• Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
• Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
• Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique

المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرابين • مركز طب وجراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
• مركز طبي وجراحي • مركز الأم والطفل • مركز الإنعاش والعناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية وتفتيت الحصى
• مركز أمراض وجراحة العظام • الجراحة البلاستيكية والتجميل

06/10/21

Mr. ALLOU Bouchaib.

consultation pré-maternelle



Clinique l'Aéroport
Réception

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé
Adulte & enfant
Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies
lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine,
Chirurgie réfractive et Contactologie



طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون
الكبار والصغار
المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك
الدمعية، الزرق، القرنية، الشبكية.
الجراحة الانكسارية والعصابات اللاصقة

Marrakech le :

Reçu de caisse N° : 45567

asmaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT21082614390 1	AMRANI BOUCHAIB	06/10/2021

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	Consultation	300,00
Reçu établi par :	Total payé	300,00

Ophtalmology Laser Le Guéliz
Pr BAHAR EL TARIK
Spécialiste d'ophtalmologie
Business Affaires El Khattabi et Bd Abdelkrim
2e étage N° 11 Marrakech
Tél : 0808536471 / 0664059999

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My rachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com