

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

biologie 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.

cique :

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 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

Nº M21- 066550

Optique *g 333* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1735*

Société : *R.A.N*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *APRANI Bouchaib*

Date de naissance : *02/06/1951*

Adresse : *137, Lot Haj Fateh N° 5, ouffa*

Tél. *06.66.19.86.24* Total des frais engagés : *59.417* Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Ophtalmology Laser Le Guéliz

Pr. BAHÀ ALI TARIK

Spécialiste ophtalmologie

Business Affairs Guéliz, Intersection Bd Abdelkrim

B Khattabi et Bd My Rachid, 2^e étage N° 1 Marrakech

Tel : +212 0608536471

Cachet du médecin :

Date de consultation : *06/11/2021*

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Co joint Enfant

Nature de la maladie : *Retinopathie Diabétique*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Business Affairs Guéliz, Intersection Bd Abdelkrim*

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*

Signature de l'adhérent(e) : *J. M. ACCUEIL*

21 NOV 2021

Le : 21/11/2021

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
06/11/2021	C.S.		300.00	<i>Pr BAHIA ALI TAJ Spécialiste ophtalmologie Business Affairs Gueliz, Intersect Bd Andelkrim et Bd Azzahra, 2e étage V.H. Maroc Tech</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE D'ALYAD 13514229012230111</i>	06/11/2021	147.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>STEREOMATRICE HAMZA Lotik Halitach - Casablanca - Tel: 0529 93 10 24</i>			

AUXILIAIRES MEDICAUX

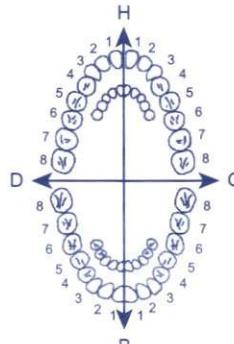
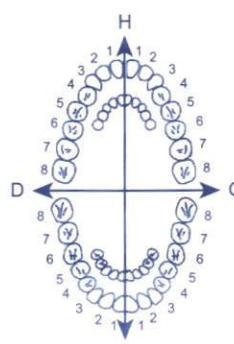
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Ophthalmology Laser Le Guéliz

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 والعدسات الاصطناعية

Marrakech le :

06 novembre 2021

Mme ABDELLAOUI Touria

1/ THEALOSE COLLYRE



مثـرـة

1 goutte x 6/j, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

PHARMACIE DAWDIA
Safaâ KHALLAD
Doctor en Pharmacie
85, n° 1 Rue 13 El Wilaïk I
Oulfa - Casa - Tel.: 022.90.14.24

Ophthalmology Laser Le Guéliz
Pr BAHA ALI TARIK
Spécialiste ophtalmologie
Business Affaires Guéliz: Intersection Bd Abdelkrim
El Khattabi et Bd My rachid, 2e étage N° 11 Marrakech
Tél (+212) 080536471

STE PHARMACIE HAMZA
LANCA
Lot 6, Rue 13 El Wilaïk
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28



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

الدماغية، الزرق، القرنية، الشبكية،

الجراحة الانكسارية و العدسات الاصنف

Marrakech le :

Reçu de caisse N° : 46956

asmaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT211103171739	ABDELLAOUI Touria	06/11/2021

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

Opthalmology Laser Le Guéliz

PT-BAHA ALI TARIK

Spécialiste ophtalmologue

Business Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim

El Khattabi et Bd My rachid, 2e étage N° 11 - Marrakech

Tel (+212) 0608536471

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

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