

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVRER 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.

armacie :

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.

otique :

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

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° P19- 053665

106904 par courrier Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : R.2146 - Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOUJJANE Lahoussine

Date de naissance : 01/01/1942 -

Adresse : 1037 BEL BAKAR-I-DAOUDIATE

HAY MOHAMMADI - MARRAKECH -

Tél. 0699741300 Total des frais engagés : 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/12/2021

Nom et prénom du malade : Moujjane Lahoussine 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 : 09/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-053665

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
06/01/2021	CS		1000 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
ANALYSES - RADIGRAPHIES				MONTANTS DES SOINS
AUXILIAIRES MEDICAUX				DEBUT D'EXECUTION
VOLET ADHERENT				FIN D'EXECUTION
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
ANALYSES - RADIGRAPHIES				MONTANTS DES SOINS
AUXILIAIRES MEDICAUX				DATE DU DEVIS
VOLET ADHERENT				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BENBOUZID Asmaa
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux



الدكتورة بنبوزيد أسماء
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Ancien Médecin du CHU Med VI de Marrakech

- Diplôme d'Ophthalmologie pédiatrique

- Diplôme œil et Médecine interne

Hôpitaux de Paris - France

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي - مراكش

دبلوم طب عيون الأطفال

دبلوم العين والأمراض الباطنية

مستشفيات بارييس - فرنسا

Marrakech, le : 26/12/2014

OF 431021
All. El Fassi, C3, Entrée C3, 1er étage
Imm. N'Fis Entrée C3, 1er étage
Tél: 05 24 31 18 65

مراكش، في :

FACTURE

N° PATENTE
45301229

REÇU MOUJJANE LAHOUSSINE

100 DH

FRAIS DE PERMIS DE CONDUIRE

Sur Rendez-vous

بالموعد :

شارع علال الفاسي، عمارة نفيس 1 مدخل «ش» 3 الطابق الأول (أمام البنك م.ت.خ وفندق رضوان) - الداوديات
Av. Allal El Fassi, Imm. N'Fis 1 Entrée "C3" 1er Etagé (En face de la B.M.C.E et Hôtel Rédoüane) - Daoudiata
مراكش - الهاتف : 05 24 31 18 65 - 07 03 03 00 72