

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER 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.

adiologie 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.

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.

aladie 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 caractére 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 P19-

058769

105385

Optique

par courrier

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : R 2146 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MOUJTANE Lahoussine

Date de naissance : 01/01/1942

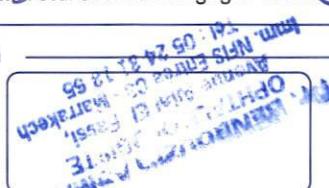
Adresse : 103F, BEL BAKAR-I DAOUDIATE

HAY MOHAMMADI - MARRAKECH

Tél. : 06 99 74 13 00 Total des frais engagés : 2.550 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/12/2021

Nom et prénom du malade : Moujtane 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 : 09/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-058769

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/05/2022 | CS | | 250 DH | Ophtalmologie Dr. El Fassi Signature |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| <p>DRISS TAMINE OPTICIEN ORTOMÉTRISTE OPTIQUE ARIHA N°69 BIS. UNITÉ 2 TAKADOU HAY DAOURA - MARRAKECH</p>  | 02/12/2021 | 2300,00 |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة بنبوزيد أسماء
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

Docteur BENBOUZID Asmaa
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux



Ancien Médecin du CHU Med VI de Marrakech

- Diplôme d'Ophtalmologie pédiatrique

- Diplôme œil et Médecine interne

Hôpitaux de Paris - France

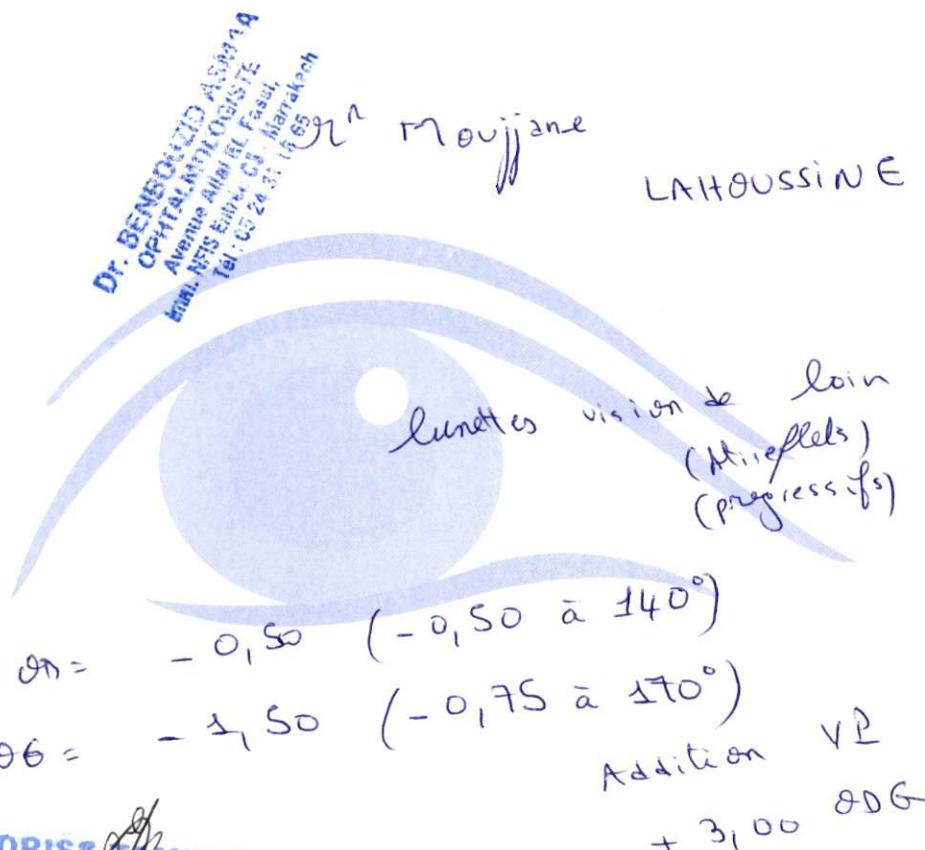
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي - مراكش

- دبلوم طب عيون الأطفال

- دبلوم العين والأمراض الباطنية

مستشفيات بارييس - فرنسا

Marrakech, le : 05 Dec 2021
مراكش، في :



DRISS TAHMINE
OPTICIEN OPTOMETRISTE
OPTIQUE ARIHA
N°69 BIS, UNITÉ 2 TAKABOUN
HAY DAOUUDIATE MARRAKECH
TEL. 05 24 31 18 65

Sur Rendez-vous

BENBOUZID ASMAA
OPHTHALMOLOGISTE
Avenue Allal El Fassi,
Imm. N'Fis Entrée C3, Marrakech
Tel: 05 24 31 18 65

الموعد:

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

Docteur BENBOUZID Asmaa
Spécialiste Maladies et Chirurgie des Yeux

Ancien Médecin du CHU Med VI de Marrakech

- Diplôme d'Ophtalmologie pédiatrique

- Diplôme œil et Médecine interne

Hôpitaux de Paris - France



الدكتورة بنبوزيد أسماء

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي - مراكش

دبلوم طب عيون الأطفال

دبلوم العين والأمراض الباطنية

مستشفيات باريس - فرنسا

Marrakech, le : ٢٠١٨/١١/٢٦
مراكش، في :

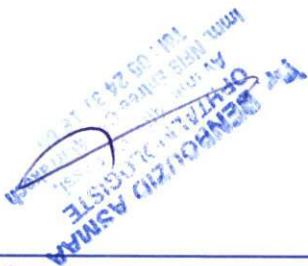
FACTURE

N° PATENTE
45301229

REÇU MOUJJANE LAHOUSSINE

250 DH

FRAIS DE CONSULTATION



Sur Rendez-vous

بالموعد :

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

ARIHA Optique

N° 001342

A Marrakch Le : 02/12/2021

Facture N° : 964/2021

M : Maijane Lahoussine

| | Quantité | P.Unit. | P.Total |
|---|----------|---------|---------|
| Monture | 1 | 500,00 | 500,00 |
| Verres : VL BL <input type="checkbox"/> Ar <input type="checkbox"/> PHx <input type="checkbox"/> | — | — | — |
| Verres : VP BL <input type="checkbox"/> Ar <input type="checkbox"/> PHx <input type="checkbox"/> | — | — | — |
| Verres : Prog BL <input type="checkbox"/> Ar <input checked="" type="checkbox"/> PHx <input checked="" type="checkbox"/> | 2 | 900,00 | 1800,00 |
| OD : -0,50 (-0,50 à 140°) OG : -1,50 (-0,75 à 170°) ADD : +3,00 | | Total | 2300,00 |

Arrêté la présente facture à la somme de :

trois cent dirhams

Signature

DRISS TAMINE
OPTICIEN OPTOMETRISTE
OPTIQUE ARIHA
UNITE 2 TAKADOUR
HAY DADOUR - MARRAKECH
TÉL : 05 24 05 00 79

N° 69 Bis , Unité 2 Takadour, Hay Dadour - Marrakech
Gsm : 06 62 60 64 83 / Tél : 05 24 05 00 79
INPE : 075009548 - N° DE PATENTE : 45338411 - ICE : 001999633000065 - P : 30798 / 2017
IF : 20758074 - NRC : 124254