

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-697555

PM
com
107731

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8770 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : EL FILALI Mustapha

Nom & Prénom : EL FILALI Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : 14 MAR 2022 Enfant

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-697555

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 :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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° W21-681964

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8970

Société :

R.A.M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL FILALI EL MUSTAPHA

Date de naissance :

03/11/1971

Adresse :

N° 36 Lot EL KHEIR TARGA
MARRAKECH

Tél. :

0664464074

Total des frais engagés :

2250,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18-01-22

Nom et prénom du malade :

EL FILALI Ahmed

Age :

14

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Attention

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 :

18-01-22

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-681964

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 :

8970

Nom de l'adhérent(e) :

EL FILALI

Total des frais engagés :

2250,00 DH

Date de dépôt :

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du vétérinaire Date		Montant de la Facture
22/01/22		200,2

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

[illegible]

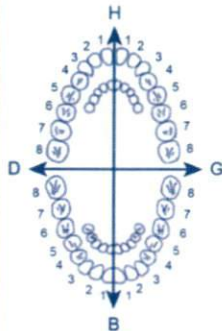
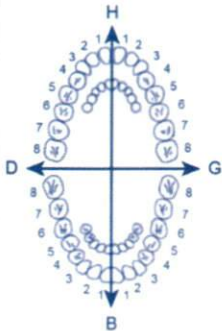
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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																	
	<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>D</th> <th>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	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																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr.El KHOLTI Yassine

Ophtalmologiste



Ancien Medecin Interne du CHU mohamed VI

Ancien Ophtalmologiste à l'hopital local de Ouedzem

Membre de la société Française d'Ophtalmologie

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 لوائي زم

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق

أمراض شبكية العين - الحول - مسالك الدموع

جراحة قصر البصر الجيوكرافيا - الليزر

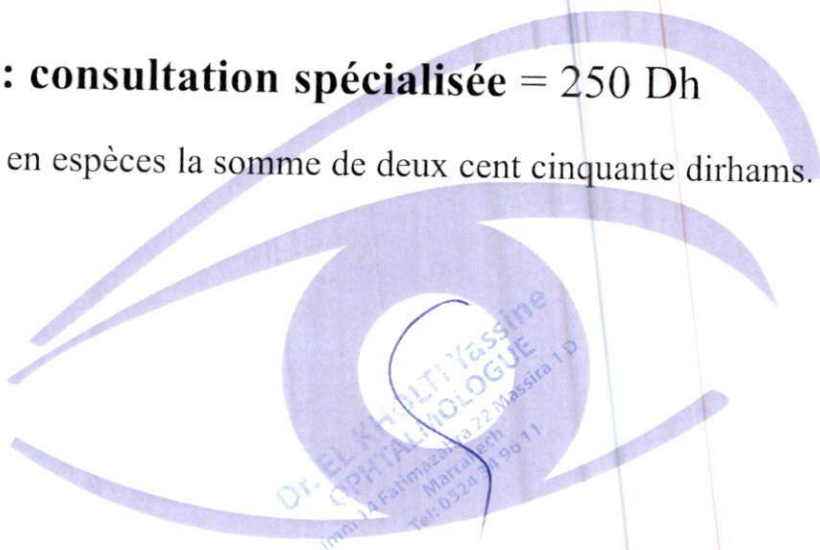
18/01/2022

FC22010174

- Enf. ELFILALI Ahmed

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

Reçu en espèces la somme de deux cent cinquante dirhams.



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 KHOLLI Yassine

Ophtalmologiste



Ancien Medecin Interne du CHU mohamed VI

Ancien Ophtalmologiste à l'hôpital local de Ouedzem

Membre de la société Française d'Ophtalmologie

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 لولاي زم

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة الجلالة - الزرق

أمراض شبكية العين - الحول - مسالك الدموع

جراحة قصر البصر الجيوكرافيا - الليزر

18 janvier 2022

Enf. ELFILALI Ahmed

Monture + verres correcteurs
Antireflets

OD = Plan

OG = (- 0.50 à 58°)

ATLAS OPTIQUE
KRY'S OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMES
N° Autorisation 1091
Identifiant INPE 095001548
RC : 72311 - CNSS : 2351914 - TVA : 814261
Pte : 35701881 - IF : 1000696
ICE : 001515084000057

Dr. EL KHOLLI Yassine
OPHTALMOLOGUE
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 abbas) Imm.14 Fatimazahra 22 Massira 1 D MARRAKECH

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

Krys Marrakech
CC Almazar
avenue du 7ème Art
Agdal - Marrakech
Tél : 05 24 44 33 66
Fax : 05 24 44 33 30
www.krys.com

Marrakech le : 22/01/2022

FACTURE : F21/8036

EL FILALI AHMED

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	1 300,00
2 VERRES ORGANIQUES ANTIREFLETS	
OD : PLAN	350,00
OG : (-0,50 A 58)	350,00

ATLAS OPTIQUE
KRYSIENS OPTICIENS
N° Autorisation : 0935001548
Identifiant : 23351914
RC : 72311 - CNSS : 35701881 - IF : 1040696
ICE : 001515084000057

Dont TVA (20%)

333,33

TOTAL

2 000,00