

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-697555

PM
com

107731

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8970	Société : PAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL filALI yussef tayeb			
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 :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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.	

ACCUEIL
14 MAI 2012
MUPRAS

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 ADHÉRENT	
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 :	

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 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-681964

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8970	Société :	R.A.M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL FILALI EL MUSTAPHA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0664 464074 Total des frais engagés : 2250,00 Dhs			

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ASTHME			
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/01/22

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).	
ACCUEIL	
Matricule : 8970	
Nom de l'adhérent(e) : EL FILALI	
Total des frais engagés : 2250,00 Dhs	
Date de dépôt :	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de Photonique et de la Visionneuse ATLAS OPTIQUE OPTICIEN DIPLOMÉ N° d'autorisation 109 Identifiant INPE 09500-548 Pte : 35701881-1F : 1000696 ICE : 00151508400005	Montant de la Facture Date 20/02/2022 2000,2
---	---

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr.El KHOLTI Yassine

Ophtalmologiste

Ancien Médecin 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 الخطيبي يسین

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلی سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى الجامعي لوادی زم

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة الحملانة - الزرنيق

أمراض شبکية العین - المخول - مسالك الدموع

جراحة قصر البصر الخبوكافي - الميزر

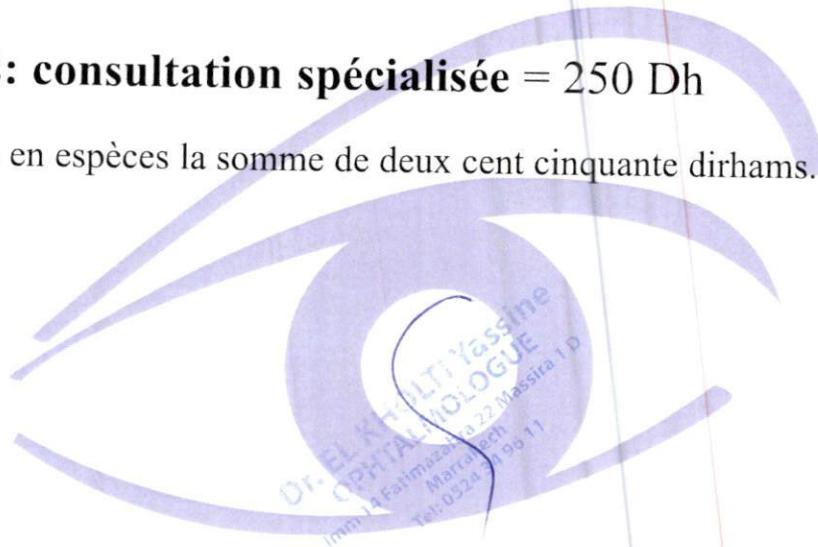
18/01/2022

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 حرف D (فوق صيدلية ومخابر القنطرة) مراكش

Bd.Eddakhla(al ahbas) 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 KHOL'LI 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 الخلفي يسین

أخصائي في أمراض وجراحة العيون

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس

طبيب أخصائي سابق بالمستشفى الجامعي لوادي زم

عضو الجمعية الفرنسية لطب وجراحة العيون

جراحة الحلاة - الزرني

أمراض شبكية العين - الحول - مسالك الدمعة

جراحة قصر البصر الخيموكافي - الليزر

18 janvier 2022

Enf. ELFILALI Ahmed

Monture + verres correcteurs
Antireflets

OD = Plan

OG = (- 0.50 à 58°)

ATLAS OPTIQUE
OPTIKYS OPTIQUE
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° Autorisation 1091
Identifiant INPI 095007548
RC : 72317 - TVA : 1000696
Pte : 35701887 - IFE : 1000696
(CE : 001515084000057
RC : 72317 - CASS : 2351914 - TVA : 814261

Dr. EL KHOL'LI Yassine
OPHTALMOLOGUE
Immeuble Fatimazahra 22 Massira 10
Marrakech
Tél : 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 ومخترق 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
	333,33
Dont TVA (20%)	
TOTAL	2 000,00

ATLAS OPTIQUE
Krys Optique
OPTICIENS DIPLOMÉS
N° Autorisation : 093001548
Identifiant : 2357914
Ate : 35701887
ICE : 001515084000657
RC : 72311
CNSS : 2357914
TVA : 814261
VAT : 100696