

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



Déclaration de Maladie

N° W21-721272

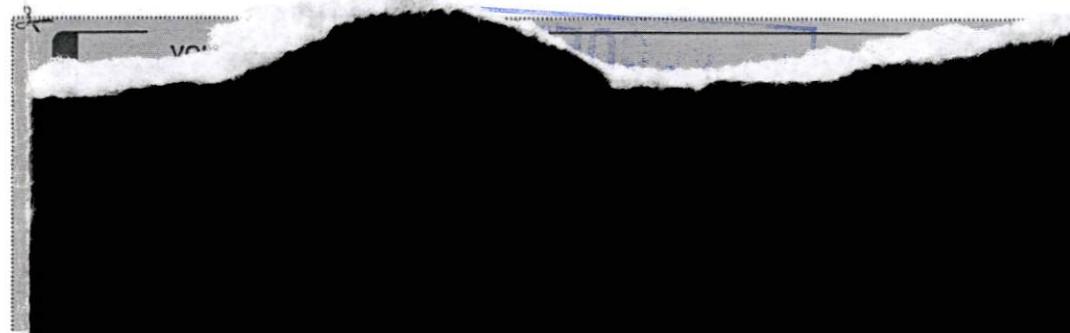
125466

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 5498		Société : RAN CITE Retraite	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AB DERAHIM Abdellah			
Date de naissance : 19/05/1950			
Adresse : Ferme Zain IDRISI Douar Boucharb Targa Marrakech			
Tél. : 06 73 77 97 81		Total des frais engagés : 800dhs Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/06/2022			
Nom et prénom du malade : AB DERAHIM Saraf Maha Age: 25ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> 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
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/08/2022



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
08/06/22	Cs		30000	INP : 0711835783 Dr BENHADDOU RAJAA Spécialiste ophtalmologie Business, Aff. Oculistique, Interventionnel, Absécom Clinique et Bd Myachka, 10000 Casablanca, Maroc Tel: +212 0806536171

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

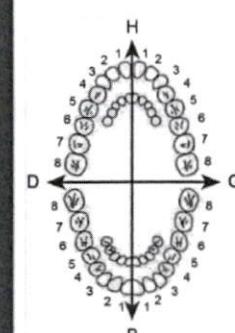
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

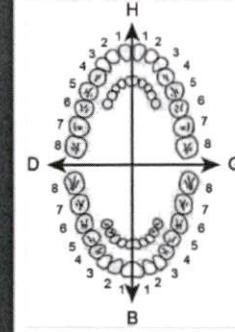
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr A. AL ANOUAR Opticien - Contactologue Rue Hassan II, Imm. B1 Mag N°7 Tél: 05 24 302 862	08/06/22					1500,00pt

VOLET ADHERENT

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

 O.D.F PROTHESES DENTAIRES																				
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B		G		00000000		00000000		35533411		11433553	
H	25533412	21433552																		
D	00000000	00000000																		
B		G																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie



طب العيون والليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكبار والصغار

المياه البيضاء، الجول، أمراض الجفن، المسالك

الدموعية، الزرق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية و العدسات اللاصقة

Marrakech le :

02 juin 2022

Mme ABDERAHIM Sara-maha

Monture + verres correcteurs

Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

OD = - 0.50

OG = - 0.50

ريلات ايزن
OPTIQUE AL ANOUAR
MSP
Opticien Optométriste - Contactologue
Allal, Opération Warda 11 km. B1 Mag N°7
Marrakech - Tel : 0524 302 862

طب العيون والليزر جليز
Dr BENHADDOU RAJAA
مختصة في أمراض وجراحة العيون
الكبار والصغار
الجراحة الانكسارية و العدسات اللاصقة
العنوان: 11 km B1 ماج 7
الإسم: Dr BENHADDOU RAJAA
الهاتف: 0524 302 862

Optique Al Anouar

FACTURE

Avenue Allal El Fassi, Warda 2, Imm. B1, Mag. N° 7
Marrakech
Téléphone: 0524302862
RC: 89000 / Patente N°: 45324154
IF: 69137255 / INPE: 075004374
ICE: 001156720000038

DATE : 04-juil.-22
N° FACTURE 5336
POUR : MUPRAS

Facturé à: Mlle ABDERAHIM Sara-maha

Arretée la presente facture à la somme de:
Cinq cent dirhams

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

الكتاب والصفار

المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك

الدموعية، الزرق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعدسات الاصنفية

Marrakech le :

Reçu de caisse N° : 56262

asmaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT22060213212 8	ABDERAHIM Sara-maha	02/06/2022

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

Ophthalmology Laser Le Guéliz

Pr BENHADDOU RAJAA

Spécialiste ophtalmologie

Business Address: 2ème étage, intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My Rachid

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

Tel: +212 0508536471