

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angie Rue Mohamed Fakir et P. Aïtal 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° W21-783526

Compte
151476

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : R. A. M

Matricule : 3432 Société : R. A. M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AALA ABDELHAQ

Date de naissance : 15-11-1953

Adresse : 591, A. MASSIRA III
TARFAIECH

Tél. 0661535857 Total des frais engagés : 485,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/02/23

Nom et prénom du malade : *Abdelhaq Aala* Age: 69

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Compte de gène*

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 : *Tarfaya* Le : 03/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : *AALA*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-783526

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 : 3432
Nom de l'adhérent(e) : AALA
Total des frais engagés : 485,00
Date de dépôt : 03/02/23

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
27/12/23	S	1	300,00	INF : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Dr. MOHAMED AL MEKRY 16, rue de la République 10000 Tunis Tel: 524 43 59 42 / INP: 071685958

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	03/02/23	185,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation 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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																	
				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> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433050</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433053</td> </tr> </tbody> </table>	H		G		25533412	00000000	21433050	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433053
	H		G																		
	25533412	00000000	21433050	00000000																	
	D		B																		
	00000000	35533411	00000000	11433053																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire a la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				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



Dr Mohamed Kobbi

Diplômé du Doctorat d'Etat
en Médecine de la faculté de
Médecine de Lyon-France
Ancien interne des Hôpitaux en France

Ophthalmologiste

Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
Angiographie Retinienne
Laser

Membre Titulaire de la Société
Marocaine d'Ophthalmologie

03/02/2023

الدكتور محمد القبي

حائز على دكتوراه الدولة في الطب
بكلية الطب بمدينة ليون بفرنسا
طبيب داخلي سابقا بفرنسا

اختصاصي

في أمراض وجراحة العيون
تصوير أوعية الشبكية
العلاج بالليزر

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية
لأمراض وجراحة العيون

علاء عبد الحق

مرکز طب العيون المنى

اغولاتان قطرات Arulatan collyre
قطرة واحدة مساء في العينين معا

* 94,30

أوباتنول Opatanol
قطرة واحدة صباح مساء في العينين معا

90,70

Correction avec montures

تصحيح البعد : العين اليمنى

OD : +1.50

تصحيح البعد : العين اليسرى

OG : +1

تصحيح القرب : العين اليمنى و اليسرى

Add:ODG: +2.50

لا يتكسر Incassables

مقاوم الأشعة Antireflets

يتلون مع الضوء Photochromes

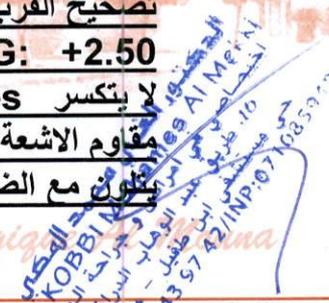
Centre Ophthalmologique

16, طريق عبد الوهاب المرادي، حي مستشفى ابن طفيل، جليز - مراكش
05 24 43 97 42 (الهاتف : وزارة الصحة)

16, Rue Abdelwahab Derrag - Quartier de l'Hôpital Mou Tofail - Guéliz -
Marrakech Tél. : 05 24 43 97 42 (en face de la Délégation du Ministère de la Santé)



6 118001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Opatanol® 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5 ml
AMM Maroc N° 96R1/20 DMP/21/MAJ
PPV : 90,70 DHS 407253 MA





Dr Mohamed Kobbi
Ophthalmologist
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux

الدكتور محمد القبي
اختصاصي
في أمراض وجراحة العيون

Facture وصل

03/02/2023

عبد الحق

علاء

الدكتور محمد القبي المكبي
Dr. KOBBI Mohamed Al Mekki
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
16 طريق عبد الوهاب الدراق
حي مستشفى ابن طفيل - مراكش
05 24 43 97 42 / NP. 071085948

300 درهم

16 طريق عبد الوهاب الدراق، حي مستشفى ابن طفيل، جليز مراكش
(أمام مندوبية وزارة الصحة) الهاتف: 05 24 43 97 42