

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

- Reclamation : 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° P19- 058773

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R 2144 Société : R A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Moutane Lahoussine

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : 1037, BELBAKARI DAOUJAT

Marroch -

Tél. : 0721 832426 Total des frais engagés : 2350,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/03/2023

Nom et prénom du malade : Moutane Lahoussine Age : 81

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Anisotropie

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 : 18/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
18/03/13	C18	1	2500A	Dr. Soumia BELGADI ORFÈVRE DENTISTE Appt 9, 3ème étage bloc D1 Rés. bab doukala Abdelhadi Marrakech Tél: 05 24 20 13 50 / 06 68 61 69 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
MISS TAMINE OPTOMETRISTE UNITEE TAKADOM MOUDIAE MARRAKECH Tél: 05 24 05 96 79	18/03/2013	2180,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		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

Dr. Soumia BELGADI

Ophthalmologue

Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech

Diplôme universitaire en contactologie – France

Diplôme de cornée (pathologies cornéennes et kératocône) – France



الدكتورة سمية بلغازي

أخصائية في طب وجراحة العيون

خريجة كلية الطب بمراكش

دبلوم جامعي في العدسات اللاصقة - فرنسا

دبلوم جامعي في أمراض وجراحة القرنية والقرنية المخروطية - فرنسا

ORDONNANCE

Marrakech, le : **18 mars 2023** : مراکش في :

Mr. MOUJJANE Lahoussine

Monture + verres correcteurs progressifs

VL : OD = (- 0.75 à 112°)

OG = - 0.50 (- 0.50 à 93°)

VP : ODG = Add : + 2.00

BRISSE JAMINE
OPTICIEN OPTOMETRISTE
OPTIQUE ARIHA
N° 69 BIS, UNITÉ 3 TAKADOUH
MAY DAOUJIA - MARRAKECH
TEL: 05 24 05 96 79

Dr. Soumia BELGADI
الدكتورة سمية بلغازي
OPHTALMOLOGUE
Apprt 9, 3^{ème} étage Bloc D1 Rés. bab doukala
Av. My abdellah M... 05 24 20 13 50 / 06 66 61 69 16

ARIHA Optique

N° 000901

A Marrakch Le : 18/08/2023

Facture N° : 379/2023

M : Moujjane Lahoussine

	Quantité	P.Unit.	P.Total
Monture	1	300,00	300,00
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 : Plan (-0,75 à 12°) OG : -0,50 (-0,50 à 93°) ADD : +2,00	Total		2100,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

Signature

DRISS TAMINE

OPTICIEN OPTOMETRISTE

OPTIQUE ARIHA

N° 69 Bis, Unité 2 TAKADOUH

DAOUDATE MARRAKECH

Gsm : 06 62 60 64 83 / Tél : 05 24 05 96 79

INPE : 075009548 - N° DE PATENTE : 45338411 - ICE : 001909633000005 - IP : 30798 / 2017

IF : 20758074 - NRC : 124254

Reçu de caisse N° : 3577

dr

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT23031617174 7	MOUJJANE Lahoussine	18/03/2023

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	CONSULTATION SIMPLE	250,00
Reçu établi par :	Total payé	250,00

Dr. Soumia BELGADI
الدكتورة سمية بلعادي
OPHTALMOLOGUE
Appt 9, 3^{ème} étage Bloc D1 Rés. bab doukala
Av. My Abdelillah Marrakech Tél: 05 24 20 13 50 / 06 66 61 69 16