

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 10023		Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TENTACI Younes		Date de naissance : 07/11/70	
Adresse :			
Tél. : 0661552756		Total des frais engagés : 5209,-	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Ophthalmology Laser & Glaucoma Dr OUAGGAG BOUCHRA Quartier maladiste Business Affairs et Billing 122, Avenue 20 ème Avenue N° 11 - Nanssenech Télé : 0522 993536471		
Date de consultation : 05/10/2023		
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
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 : Le : 18 JUIL 2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-798699
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

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
25/04/23	5		GT	INP : 101713-08269
02/05/23	5		GT	Signature et cachet du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/04/23	416,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ELAADDAD Opticien Mounta Opticienne Optométriste N° H - 41, Operaria, 41 Boustane II Av. Allal El Fassi - Marrakech Tel : 05 24 30 47 18	07/07/13			Monture 2 verres en p Arc bleu		46000

VIOLET 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'OT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

The diagram shows a circular DNA molecule with 16 numbered segments (1-16) arranged in four quadrants. The segments are: Top: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; Bottom: 8, 7, 6, 5, 4, 3; Left: 8, 7, 6, 5, 4, 3; Right: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Four arrows indicate orientation: H (up), D (left), V (down), and B (right).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Marrakech le :

Marrakech

MA
Enreg. MA n° :
258/19 DMP/21/NRQ
رقم التسجيل بال المغرب
258/19 DMP/21/NRQ

25 avril 2023

Mr TENZALI YOUNES

Azyter 15 mg/g

6 118001 101801

1/ AZYTER collyre

1 goutte x2/j pendant 3 jours, dans les deux yeux

2/ ZYLET. collyre

1 goutte 2 fois par jour, dans les deux yeux, p

3/ CORNEREGEL

1 goutte x4/j, dans les deux yeux, per

4/ THEALOSE collyre

1 goutte x 4/j, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

Corneregel Gel ophta 10g
ZENITHPHARMA
AMM N° 89/15 DMP/21/NNP
PPV: 76,10 dhs
Vignette L1MA01 / 49809E300/1-MA

Adresse : Business Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd Mv rachid, 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com

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 العين

الكبار والصغار

الميدالبيضاني الحول، أمراض العين المعاك

المعوية، النزلق، القرنية، الشبكية

الجراحة الانكسارية، والعدسات اللاصقة

Marrakech le :

Marrakech le :

02 mai 2023

Mr TENZALI YOUNES

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,
Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = (- 1.00 à 85°)

OG = Plan (- 0.75 à 125°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.00

Dr OUAJGAG GOUCHRA
Ophtalmologiste
Business Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage N° 11
Tél : (+212) 052436471
RIM OPTIC
ELAADDAAOUI YOUNES
Opticienne Optométriste
N° H - 41, Opération Al Boustane II
Av. Allal El Fassi - Marrakech
Tél : 05 24 30 47 18

Adresse : Business Affaires Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com

FACTURE N° 006948

Marrakech, le 27/07/23

M. / TEnZAGI
.....
YOUNES

Docteur

VL	OD	(-1100 - 85)
	OG	plm (-0175) 125
VP	OD	+2100
	OG	

D.F	OD	
	OG	
PROGRESSIF	OD	
	OG	

Fournitures

	Vision de loin	Vision de près
Monture :	Monture	600
Verres :	L Verres organique	4000
Progressif Antibuée Bleu 1,6	TOTAL :	4600

Arrêtée la présente facture à la somme de :
.....	Signature

RIM OPTIC
ELAADDAAOUI Mounia
Opticienne Optométriste
N° H - 41, Operation Al Boustane II
Av. Allal El Fassi - Marrakech
Tél : 05 24 30 47 18