

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

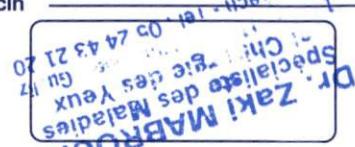
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

187431

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>9253</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>LAABARTA - ABD ELOUHAAD</u>			
Date de naissance : <u>06/01/63</u>			
Adresse : <u>Lot MaâtaRah N° 1462 M'hamed</u>			
Tél. : <u>0678844016</u>	Total des frais engagés :	<u>3600</u>	Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>18/01/2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ZAHY FATHI HA</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>rhizome</u>			
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 : Marakech Le : 18/12/2023

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

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
18-12-23	CS	2000,00		

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

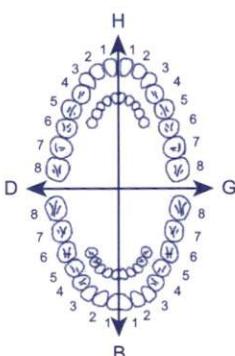
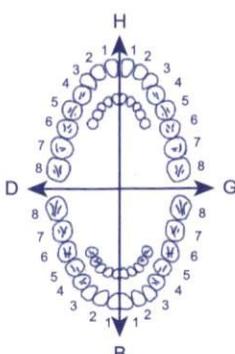
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>U</i> <i>18/12/93</i> <i>Praticien</i> <i>124 Malakoff</i> <i>Tel. 06 99 98 97</i>	18/12/93					3 000,-00

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.

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			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

Docteur ZAKI MABROUKI
Ophtalmologie

Membre de la Société Française d'ophtalmologie
Ancien Médecin à l'Hôpital 20 Août - Casablanca



الدكتور زكي مبروكى
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون
طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

الجراحة باشعة الليزر

CHIRURGIE AU LASER

Marrakech, le : 18. 12. 23 مراكش، في :

071095897

Bahy Fatiha

lunettes Pour VL+VD

OD: + 1.50

06. + 2.00

OD: + 2.50

Vetres + Yon face

DR ZAKI MABROUKI
127 AV MED V IMM. GIDEL GUÉLIZ
MARRAKECH TEL. 05 24 43 21 20

Dr. Zaki MABROUKI
Spécialiste des Maladies
et Chirurgie des Yeux
127 Av Med V Imm. Gidel Guéliz
Marrakech - Tel. 05 24 43 21 20

Alia Mohamed

Optique Optométriste

Date: 18/12/23

Facture N° 001110

Nom et Prénom : Balya Fatima

Correction: OD: +1,50

OG: +2,00

Add: +0,00

Désignation	Quantité	Prix Total (DH)
Verres:	2	18000
Montures:	1	12000
Total (DH)		30000,00

Arrêter la présente facture à la somme de :

Très mal
dans

MARRAKECH 06 42 11 08 97
BLOC 26 N° 1204 MHAMID
OPTIQUE OPTOMETRISTE
ALIA MOHAMED OPTIQUE

TND 0075013300