

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.

Reéducation :

- 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

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° W21-664094

197816

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 1673

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre : Retirée

Nom & Prénom : YAMID SADIA

07/01/1950

Date de naissance :

Adresse : App.5 Imm. E Dafia 2 Amerchich
Marrakech

Tél. : 0618947146

Total des frais engagés : ~ 2471,00 ~ Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/01/2024

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection aux yeux

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 : 23/02/2024

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
31/12/14	sg		YOR.DH	INP : 0711235433

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 NP07203A	31/07/24	471,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR	197		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
KECK C. G. C. N. H. A. C. - Tel. 05-29-10-95	15/07/95 10/07/95 29/07/95 29/07/95					1600,- D.H.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
onctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AT ESTAN



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

الكبار والصغار

المياه البيضاء الحول، أمراض الجفن، المسالك

المعدية، الزرق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعدسات اللاصقة

Marrakech le :

31 janvier 2024

Mme YAMID SAADIA

157100 x3

1/ THEALOSE collyre



1 goutte x 4/j, dans les deux yeux

157100

PHARMACIE ILLY
Mme MAZDAOUI Darya
Rue Jamiaat Ben Youssef
Bab Jdid - Marrakech
Tél : 05 24 30 14 97



MEGA ISOPTIC

Av. Allal El Fassi, Opération El Houda

Magasin n° 5 Marrakech

(en face de services des mines)

Tél.: 05 24 29 19 79 - Patente : 067006020

ICE : 001655743000008

NPE: 07505SH13

FACTURE

Le : 29.02.24

Nom : Yassine

Prénom : Saadine

Matricule :

Nº :

Nº

004087

Ordonnance de Mr. Le Docteur Benhadjoum Rayan

Nº de nomenclature Correspondante à la prescription	Loin	OD = PL (-0,75 à 85°) OG = +1,00 (-1,75 à 80°)
ADD : OD = OG =	Prés	OD = OG =

FOURNITURES

Montures de optique à 300,- Dhs

Verres Lentilles Progressif
Oxygéniques anti Rebentes à 300,- Dhs

TOTAL 1600,- Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Dirhame Six Cent Dirhams

MEGA ISOPTIC
Opticien - Optometrista
Av Allal Fassi Opt. n° 5 Mag n° 5
Marrakech - Tél : 05 24 29 19 79

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

الكتار والصغار

المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المساسك

الدعبة، الرزق، العزبة الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعدسات الاصنفية

Marrakech le :

31 janvier 2024

Mme YAMID SAADIA

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets

Vision de loin :

OD = Plan (- 0.75 à 85°)

OG = + 1.00 (- 1.25 à 80°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

MEGA ISOPTIC
Opticien Optométriste
Av Allal Fassi Optr Mouda Mag n°5
Marrakech - Tel : 0524 29 19 76

L. Gueliz
T.O. JAA
Spécialiste
Business Affaires Gueliz
Khattabi et Bd My Rachid 2e étage N° 11
Tel : 0524 29 19 76 / 0524 536471

Adresse : Business Affaires Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My 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 العيون

الكتار والصفار

المياه البهضوية المحلول، أمراض الجفن، المسالك

المعوية، الزرقة، القرنية، الشبكية.

الجراحة الانكسارية والعدسات اللاصقة

Marrakech le :

Reçu de caisse N° : 83110

soukaina

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT21060911393 5	YAMID SAADIA	31/01/2024

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	Consultation	400,00
Reçu établi par :	Total payé	400,00

IF:37627168
ICE:002191925000053

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

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