

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9332 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : I G H M our B a u j e m a a

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.16.97.33 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enf

Nature de la maladie :

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-026184

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de															
<p>DROITE 18 11 21 22 23 GAUCHE</p> <p>HAUT 13 14 15 16 17 18</p> <p>BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33</p>																				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire																		
<p>DROITE 18 11 21 22 23 GAUCHE</p> <p>HAUT 13 14 15 16 17 18</p> <p>BAS 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
	35533411	11433553																		
	<p>09 OCT. 2019</p>																			
	<p>Accueil Siège/Ram</p>																			



MUPRAS

MUTRAK
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

W18-38722

DATE DE DÉPO

1 /201

FACTURE

R.C: 38601

I.F: 06523774

Patente: 92110018

CNSS: 8161242

ICE :000072413000078

Massira 2 bloc B N° 4 Marrakech
Tél: 05 24 39 29 95

FACTURE N°: 158119

Date: 04/10/19

M. IGHOUR
Boujemaa

Docteur: Dr. Sidi Hachani

VISION DE LOIN		VISION DE PRES	
OD	OG	OD	OG
		+1.25	
		+1.25	

Quantité	Désignation	Prix
01	Montures: Acétoate.	Dh = 350,-
02	Verres: Argenté Anti-reflets Anti UV Anti-brûlure bleu	Dh = 40,-
	Total (Dont TVA 20%)	750,- Dh

Arrêtée, la présente facture à la somme de:

750,- Dh

Signature

Aya Optic
OPTICIENNE
Massira 2 N° 4 - Marrakech
Tel: 05 24 39 29 95

Docteur Mohammed Saïd HALOUI

Spécialiste maladie et chirurgie des yeux
Angiographie - OCT (segment post+ antérieur)
Topographie cornéenne - Echographie
Microscopie spéculaire
Laser - Cataracte en Phaco-emulsification
Chirurgie réfractive (Myopie Astigmatisme...)



الدكتور محمد سعيد الحلوى

إختصاصي أمراض و جراحة العيون
تصوير أوعية شبكة العين - علاج باشعة الليزر
التصوير المقطعي بالأنساق المصري
مجهر براق - طبغرافية مساحة القرنية
الفحص بالموجات فوق الصوتية
استحلاب العدسة (الجلالة) بالليزر
جراحة الانكسار(قصر النظر - اللانقطية...)

Marrakech, le 25/09/2011 مراكش

Monsieur IGHMOUR Boujemaâ

LUNETTES POUR VISION INTERMEDIAIRE ANTI REFLET

Oeil Droit : + 1,25

Oeil Gauche : + 1,25



شقة 5 عمارة 6 إقامة الأخباس شارع علال الفاسي مراكش 40000. الهاتف : 05 24 33 06 46 - 05 24 30 41 42.

Appt. 5 Imm. 6 .Complex Habbous Avenue Allal El Fassi Marrakech 40000. Tél : 05 24 30 41 42 - 05 24 33 06 46

E-mail: cabinet_haloui@hotmail.fr

ICE : 001655507000075 / TP : 45306030 / IF : 69133155