

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.

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° P19-0026184

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9332 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : IGH Mour Boujemâ

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 1697 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 ☐ Ent

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Montant des travaux
				Montant des soins
				Date du devis
				Fin de

O.D.F. Prothèses dentaires

Détermination du coefficient
masticatoire

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000	D	G
35533411		11433553

(Création, Remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

09 OCT. 2019

Accueil Siege/Ram



W18-387221

DATE DE DEPOT

...../...../201.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 9382

Nom & Prénom IGHMOUR Boujemaa

Fonction : Chef d'escad Phone: 0661163733

Mail bighmour@royalairmaroc.ma

MEDECIN

Prénom du patient IGHMOUR Boujemaa

Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐ Age 47 ans Date 25.09.19

Nature de la maladie Regrad Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

G

G

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

04/10/19

= 7000

Signature et
cachet du
Pharmacien

CACHET

Dr. Mohammed Saïd HALOUI
Spécialiste en Ophtalmologie
Imme. Appl. 5 - Résidence des Hérons
Av. Abdel Fattah - Marrakech
Tél : 06 43 30 41 42



SARL

FACTURE

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

R.C: 38601

I.F: 06523774

Patente: 92110018

CNSS: 8161242

ICE :000072413000078

FACTURE N°: 228119

Date: 04/10/19

M^r: IGHAROUR
Boujemaa

Docteur: Med Said HATONI

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

Quantité	Désignation	Prix
01	Montures: Acétate	Dh = 350,-
02	Verres: organiques, 1.16 Antireflectif Antivir Ant: lumière bleue	Dh = 400,-
Total (Dont TVA 20%)		5750,- Dh

Arrêtée, la présente facture à la somme de:

5750,- cent cinquante Dh

Signature

OPTICIENNE - OPTOMETRISTE
Massira 2 bloc B N° 4 - Marrakech
Tél: 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 الحلوي

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

مراكش في 25/09/2019 Marrakech, le

Monsieur IGHMOUR Boujemaa

LUNETTES POUR VISION INTERMEDIAIRE ANTI REFLET

Oeil Droit : + 1,25

Oeil Gauche : + 1,25

Optique
OPTOMETRISTE
N° 4 - Marrakech
05 24 39 29 95

Optique
OPTOMETRISTE
N° 4 - Marrakech
05 24 39 29 95
Dr. Mohammed Saïd HALOUI
Spécialiste en Ophtalmologie
Immeuble 5 - Route de Marrakech - Av. Allal El Fassi
Marrakech - Tél : (05) 24 39 29 95