

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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° P19- 0040368

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10 91 5 Société : N°D 12266.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GUERGAI KAMAL

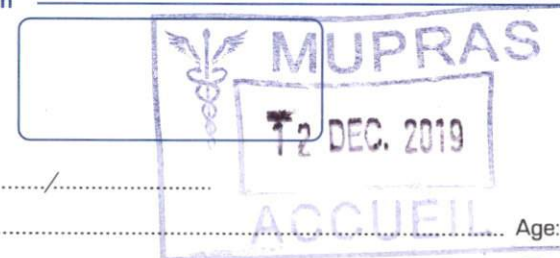
Date de naissance : 06/08/1968

Adresse :

Tél. : 0668119088 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

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 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

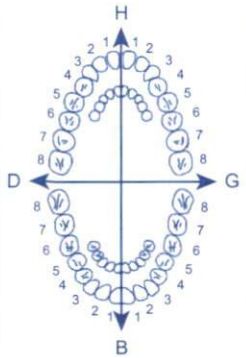
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

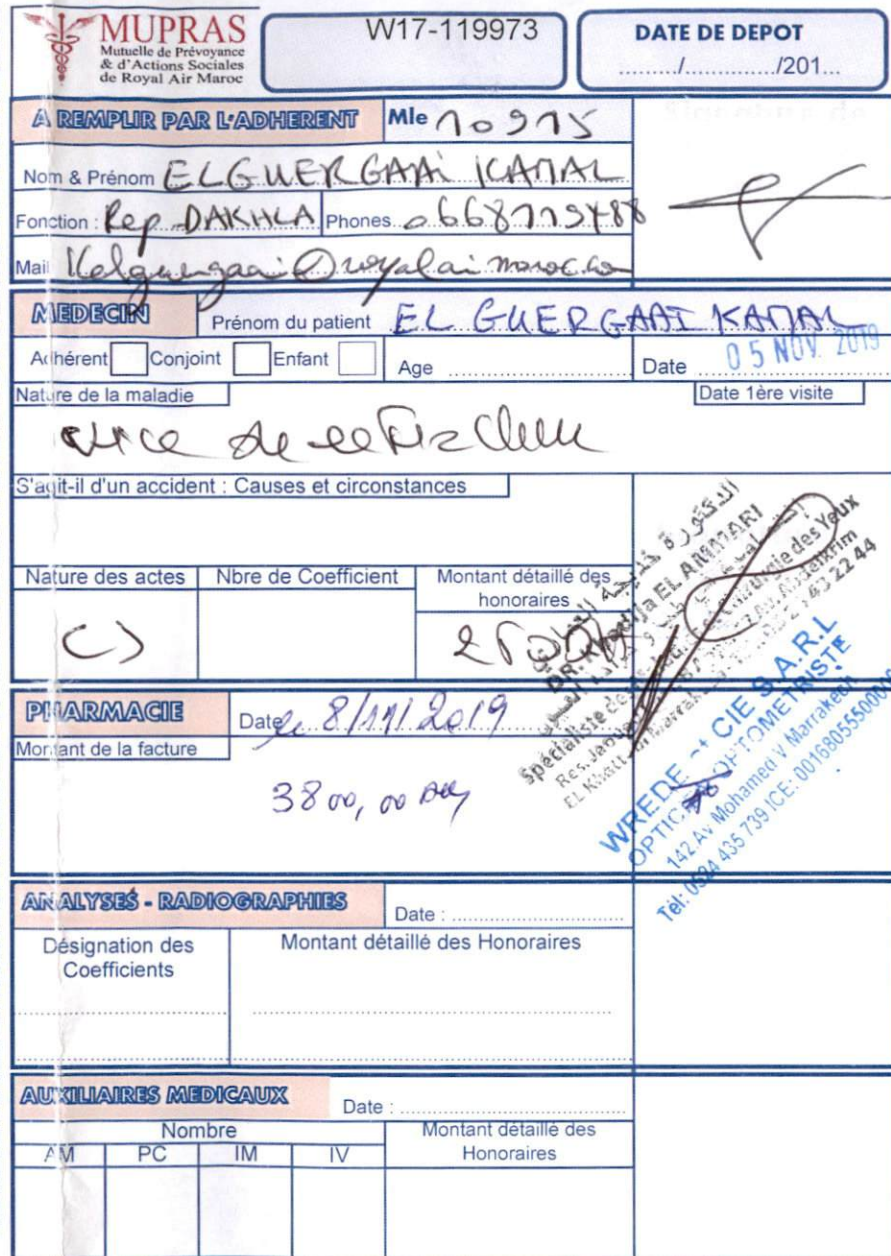
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES				
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.</p> <p>Veuillez fournir une facture</p> <p>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des
				<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
				Montant des soins <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
				Début d'exécution <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
				Fin d'exécution <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
				<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412</p> <p>00000000</p> <p>D —————</p> <p>00000000</p> <p>35533411</p> </div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <p>21433552</p> <p>00000000</p> <p>00000000</p> <p>11433553</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
	(Création, Remont, adjonction)			Montant des soins <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
				Fin de <input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
				<input style="width: 100%; height: 30px; border: 1px solid #ccc;" type="text"/>
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle
DECLARATION N°		W17-119973		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
<p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>				



Docteur Khadija El Ammari

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

- Diplômée de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Monastir (Tunisie)
- Ancienne chef de service d'Ophtalmologie à l'hôpital Antaki Marrakech
- Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

الدكتورة خديجة العماري

أخصائية في طب وجراحة العيون

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالمستشفى (تونس)
- رئيسة سابقا بمصلحة العيون بمستشفى الأنطاكي مراكش
- عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

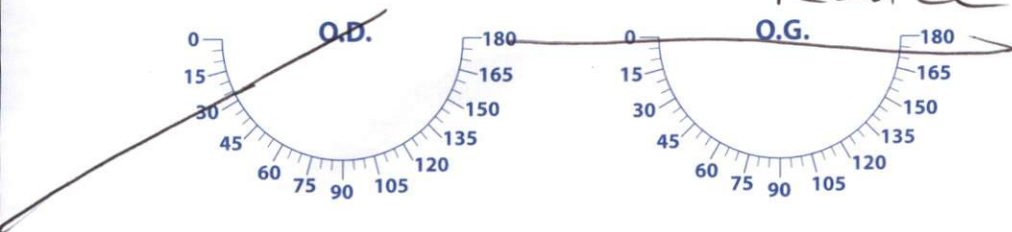
Marrakech le في مراكش

05 NOV. 2019

VERRES CORRECTEURS

de M

A. Ouergel
Kour



Vision de Loin

O.D.

O.G.

SPHER	CYLINDRE	AXE
+3,00	-0,75	25°
+3,00	-0,50	180°
Ecart pupillaire :		

Vision de Pres

O.D.

O.G.

SPHER	CYLINDRE	AXE
Ecart pupillaire :		

WREDE et Cie S.A.R.L.
OPTICIEN OPTOMETRISTE
142 Av Mohamed V Marrakech
Tél: 0524 435 739 ICE: 00168055500006

إقامة جواد عمارة ب، الشقة 67، شارع عبد الكريم الخطابي، مراكش

Rés. Jaouad, Imm. B, App. 67, Av. Abdelkrim EL Khatabi, Marrakech
Tél. : 05 24 43 22 44 - ke.cabinet.opht@gmail.com - INPE : 071083125

WREDE et Cie
OPTICIEN

142, Av. Mohamed V

Tél.: 05 24 43 57 39

Fax : 05 24 43 57 40

wrede_1@menara.ma

Marrakech

C.N.S.S 1865908

C.C.P. 2649

R.C. 8487

Patente 45101 705

Id.F. 0650 2081

B.L.F.

№ 28881

قریدی

142، شارع محمد الخامس

مراکش

الهاتف: 05 24 43 57 39

الفاكس: 05 24 43 57 40

Le 8 November 19

M. EL QUERGHAÏ Kamal Doit

Qté	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	Prime		2400,00
	Services organiques Anti-épaves		1400,-
107	Prime closture 4080		3800,00 ✓
	Ensemble hnt cert st-rt		
	200 T.V.A. incluse		

WREDE et CIE S.A.R.L.
OPTICIEN OPTOMETRISTE
142 Av. Mohammed V Marrakech
Tel: 0524 435 739 ICE: 001680555000063