

# 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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° P19- 0040368

N°D:

12266.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10.913

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GL GUERGAE KAMAL

Adresse :

Tél. 0668119488 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) :

## 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

## 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	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 canaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins				
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire							
		<table border="1"> <tr> <td>D</td> <td>25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>H</td> <td>21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553
D	25533412 00000000 00000000 35533411	H	21433552 00000000 00000000 11433553						

VOLET ADHERENT NOM : ..... Mle

DECLARATION N° W17-119973

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

**Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois**

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle

A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 70975

Nom & Prénom **EL GUERGAAI KADAL**

Fonction : **Rep. DAKHLA** Phones. **0668715488**

Mail **Elguergaaik@royalairmaroc.com**

**MEDECIN** Prénom du patient **EL GUERGAAI KADAL**

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age ..... Date **05 NOV. 2010**

Nature de la maladie Date 1ère visite

*Maladie de la gencive*

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>C)</b>		<b>28000</b>

**PHARMACIE** Date **8/11/2019**  
Montant de la facture **3800,00 Dhs**

*Spécialiste : Dr. El Ammari  
Res. Jaber  
El Khattan  
Opticien : Optic 2000  
142 Av. Mohamed V Marrakech  
Tél: 0524 405 739 (CE: 0016805550016)*

**WREDE + CIE S.A.R.L.**

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES** Date : .....

Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
.....	.....

**AUXILIAIRES MEDICAUX** Date : .....

Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM PC IM IV	.....



- 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

## • خريجة كلية الطب والصيدلة بالمنستير (تونس)

## • رئيسة سابقًا مصلحة العيون مستشفى

الأنطاك ماكبش

دستی سرنس

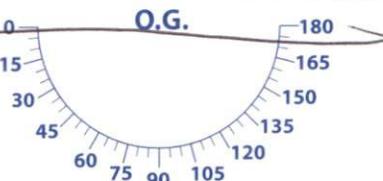
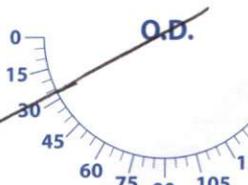
Marrakech le  مراكش، في

05 NOV. 2019

## VERRES CORRECTEURS

de M

## CORRECTEURS



## Vision de Loin

O.D.

## SPHER

## CYLINDRI

AXE

3

200

05

to 100 - 0

12 (D) - 0

SPHER	CYLINDRE	AXE

### Ecart pupillaire :

إقامة جواد عمارة ب، الشقة 67، شارع عبد الك Kamiyah الخطابي، مراكش

Rés. Jaouad, Imm. B, App. 67, Av. Abdelkrim EL Khatabi, Marrakech

Tél. : 05 24 43 22 44 - [ke.cabinet.opht@gmail.com](mailto: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. 06502081

M EL GUERGAAI Kamal Doit

B.L.F.

## ڦريدي

142، شارع محمد الخامس  
مراكش  
الهاتف: 05 24 43 57 39.  
الفاكس: 05 24 43 57 40.

Le 8 November 19