

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

Reclamation : 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 caractére 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

Nº P19- 0040366

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

N° : 12269

Matricule : 10915 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

El GUERGAF YAHAL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0668119488 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 | 21433552

D 00000000 00000000
00000000 00000000
35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

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'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
			*		

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553
D					
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

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

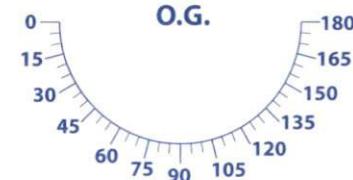
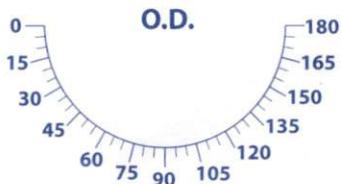
A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 10975		
Nom & Prénom		EL GUERGAA I AMAL		
Fonction		Rep. DAICHALA		
Phones		0668 715 488		
Mail		El.guergaa.i@royalairmaroc.com		
MEDECIN		Prénom du patient EL GUERGAA I AMAL		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age Date 05 NOV. 2019		
Nature de la maladie		Date 1ère visite		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes		Montant détaillé des honoraires		
CS		2 800		
PHARMACIE		Date 18/11/2019		
Montant de la facture		1390,00 DHS		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :		
Designation 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 لمصلحة العيون بمستشفى الأنطاكى مراكش
- عضو الجمعية الفرنسية لطب العيون

Marrakech le 05 NOV 2019



Vision de Loin

O.D.

O.G.

SPHER

CYLINDRE

AXE

+2,00 (0,0) 110°

Ecart pupillaire :

Vision de Prés

O.D.

O.G.

SPHER

CYLINDRE

AXE

Ecart pupillaire :

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. 06502081

B.L.F.

فريدي

شارع محمد الخامس

مراكش

الهاتف.. 05 24 43 57 39..

الفاكس: 05 24 43 57 40

N° 28882

Le 8 Novembre 2019

Mett EL GUERGAAI qualif Doit

Qté	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	Porteuse	F.D.W	
		640.-	
	Gants organique Anti-reflet		
	Porteuse tissu 40 far et 4000		1390,00
	Mille trois cent quatre-vingt		
	obras au 20% T.V.A incluses		

WREDE et CIE S.A.R.L
OPTICIEN OPTOMETRISTE

142, Av Mohamed V Marrakech

Tel: 0524 435 739 / Fax: 001680555000063