

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.

Pathologie 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- 0049347

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres ND: 1264

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1788 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUCHAREB ABDELILAS

Date de naissance : 17.07.53

Adresse : COT ASM ALI FAHIA N° 10 TARGA MARRAKECH

Tél. : 0679363448 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOLTANI LEILA
Chirurgien Ophtalmologue
Res, Caroline Angle Av. Mohamed VI
et Route de Targa - Marrakech
Tél : 052049678 - 0696 969 910

Date de consultation : 10 / 12 / 2019

Nom et prénom du malade : EL BANSERGHINI Ghita Age: 47

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

Nature de la maladie : consultation ophtalmologue

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 : ACCUEIL Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Abdelilah Bouchareb

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
10/12/19	C-S	-	250,00 DA	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourbisseur	Date	Montant de la Facture
OPTIQUE PHARMACIE 142, Av. Mohamed V Marrakech - Tél : 0524 435 735 ICE : 001 11 11 11 11 11	13/12/2019	1970,80 DA

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

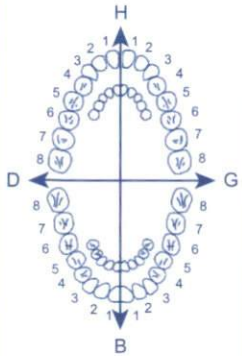
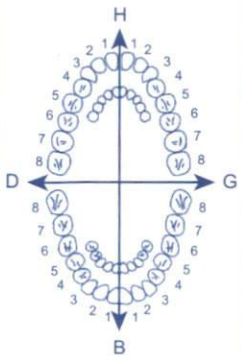
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

OPTICIEN

Tél.: 05 24 43 57 39

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.

قریدی

142، شارع محمد الخامس،

مراکش

الهاتف: 05 24 43 57 39

الفاكس: 05 24 43 57 40

Le 13 DECEMBRE 2019

M^{me} ELBOUSSERGHINI Ghitre Doit

Qté	DESIGNATION	P. U.	TOTAL
1	Monture		600,-
2	Verres org. blanc Antiréfl 16 DDB HOS		1370,-
MILLE NEUF CENT SOIXANTE DIX	Enchâssés		1970,-
Sont 20% TVA incluse			
INP. 075016378			

Dr. SOLTANI LEILA

SPÉCIALISTE DES MALADIES
ET CHIRURGIE DES YEUX

Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech
Diplôme de spécialisation en Ophtalmologie pédiatrique
et Strabisme de la faculté de Paris Descartes
Ancien interne du CHU Mohammed VI Marrakech
Lentilles de contact • Chirurgie réfractive
Imagerie de la rétine et laser • Echographie oculaire



الدكتورة ليلي سلطاني

أخصائية في طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمراكش

دبلوم الاختصاص في طب عيون الأطفال و الدول بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش

العصيات اللاصقة • تقويم النظر بالليزر

تصوير أوعية الشبكية و الليزر • فحص العين بالمدى

10 décembre 2019

Mme EL BOUSSERGHINI Ghita

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Antireflets multi-couches

VL :

OD = + 3.50 (- 0.25 à 175°)

OG = + 3.50 (- 0.50 à 80°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 1.75

WRELE OPTIQUE PHOTO
147 Av Mohamed VI
Marrakech - Tél : 0524 435 780
Fax : 0616 806 6063

Dr. SOLTANI LEILA
Chirurgien Ophtalmologue
Res, Caroline Angle Av. Mohamed VI
et Route de Targa - Marrakech
Tél : 0524 432 678 - 0696 969 910

إقامة كارولين تقاطع شارع محمد السادس و طريق تاركة (أمام ثانوية فكتور هيغو)

Rés. CAROLINE, Angle Av Mohamed VI et Route de targa - Marrakech

☎ : 05 24 43 36 78 - ☎ : 06 96 96 99 10

✉ contact@drsoltani-ophtalmo.com - 🌐 www.drsltani-ophtalmo.com