

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8672	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : Zohri ABDELALI	
Date de naissance :	
Adresse :	
Tél. :	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 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 :

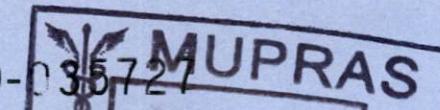
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° P19-0035727



Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

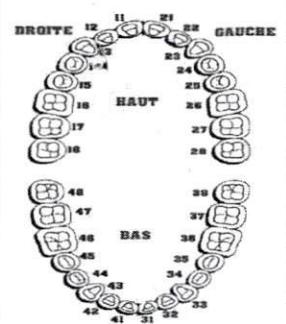
SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

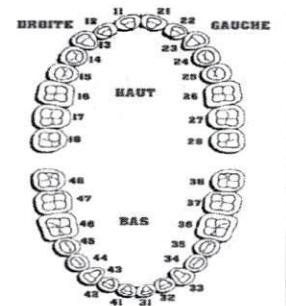
Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES



ODF Prothèses dentaires



Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT

NOM : W18-376878

Mme

DECLARATION N°

Date de Dépot 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



W18-376878

DATE DE DEPOT

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

Collier

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mme

8672
Fathia Abd Dale

Signature de
l'adhérent
Signature de
l'adhérent

Nom & Prénom

Fonction : Phones :

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant Age

Date : 26/08/2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Vice De Réfraction

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

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
	Cs	200DH

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

MUPRAS

20 SEP. 2019

ACCUEIL

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : 26-08-19

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

Mutuel ftem

300,00

Optic Sofie
Opticienne Opticien
Bloc 15, R. 400 Ancien
Marrakech Tel : 03 24 31 22 14
Gsm : 06 22 68 77

- ④ Chirurgie De Cataracte (Phacoemulsification)
- ④ Chirurgie Réfractive
- ④ Strabologie - Voies Lacrymales
- ④ Ophtalmologie Pédiatrique
- ④ Diplôme de Contactologie - Paris
- ④ Diplôme de Traitement et d'Imagerie Rétinienne - Paris
(Angiographie - Laser - OCT)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Ophtalmologiste à l'Hôpital 20 Août de Casablanca



- الدكتور رشدي طارق
أخصائي في أمراض وجرأة العيون
- ④ جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
 - ④ تصحيح النظر بالليزر
 - ④ طب العين - مسالك الدموع
 - ④ طب العيون للأطفال
 - ④ دبلوم العدسات اللاصقة - باريس
 - ④ دبلوم أمراض الشبكية - باريس
 - ④ تصوير أوعية الشبكية و الليزر

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بمستشفي 20 غشت بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابق بالمستشفي الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Marrakech, le: _____
26 août 2019

Mlle ZOUHRI Nisryne

Monture + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Amincis

OD = - 4.25 (- 1.50 à 5°)

OG = - 4.00 (- 1.50 à 170°)

Optic Sakk

Opticienne Optométriste
BLOC 15, N° 400 Ancien Mhamid
Marrakech - Tel: 05 24 32 25 81
Gsm: 06 29 28 29 28

Dr. RACHIDI Tariq
OPHTHALMOLOGISTE

Rés. Al Bassatine Bloc 1, Appt. 132
Rés. Al Bassatine Mhamid - Marrakech
Tél: 05 24 20 21 20 - GSM: 07 11 85 55 57

شارع كناسة (طريق المطار) إقامة البستانين (بمصد) عمارة L، الطابق الثاني رقم 132، (أمام المركز الصحي المhamid)، فوق وفا إمبولي، المhamid - مراكش
Av. GUEMASSA (Route de l'Aéroport), Rés. Al Bassatine (avec Ascenseur), Imm. L, 2ème Etage N° 132, (En Face du Centre de Santé M'Hamid)
Au dessus de Wafa Immobilier, M'Hamid - Marrakech / Tél: 05 24 20 21 20 - GSM : 06 32 92 21 21 - E-mail: Dr.RACHIDI Tariq@gmail.com

ICE: 00194170500040 - INPE : 071185557 - PATENTE : 67100132

OPTIC SOFIA
400 BLOC 15 ANCIEN MHAMID
MARRAKECH
Tél Fix : 0524202581

Patente:67102157
IF:20792131
ICE:001951583000084
RC:124766
CNSS:5577822

Facture N°: ---/---

Date: 26/08/2019

Nom : ZOUHRI
Prénom : NISRY NIE

OD	44.25(-1.00) 150	Add:
OG	44.(-1.00) 170	

Designation	Prix unite	Quantity	Total
1 monture optique	400,-	1	400,-
2 verres organiques anti-reflets	410,-	2	820,-
Total			1220,-

Total: Dalle Trois CT Dirham

Optic Sofia
Opticienne Optométriste
BLOC 15, N° 400 ANCIEN MHAMID
Marrakech Tel: 05 24 21 00 81
Gsm: 06 28 08 39 88