

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.

Education :

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 :

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° P19-0035727

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8672 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

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) :

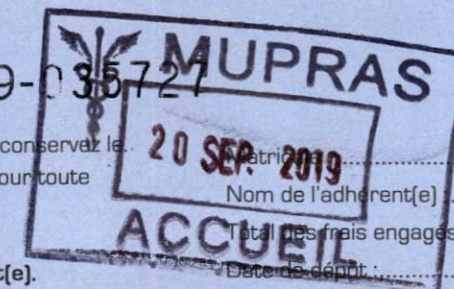
VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0035727

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veillez fournir une facture

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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	Coefficient des travaux
	H	
	D	G
	Montant des soins	
	Date du devis	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
Fin de		

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-376878	
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			



W18-376878

DATE DE DEPOT

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

Collee

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom		Signature de l'adhérent	
Fonction :		Phones	
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
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	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date : 26-08-19
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	
Makkefiens				1309,00



Optic Sofia
Opticienne Opticien
Bloc 13, 14 400 Ancien
Marrakech - Tel : 05 24 31 21 61
Gsm : 06 23 68 29 88

Docteur RACHIDI Tariq
Ophtalmologiste

- Chirurgie De Cataracte (Phacoemulsification)
- Chirurgie Réfractive
- Strabologie - Voies Lacrymales
- Ophtalmologie Pédiatrique
- Diplôme de Contactologie - Paris
- 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 رشيد طارق
أخصائي في أمراض وجراحة العيون

- جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
- تصحيح النظر بالليزر
- طب الحول - مسالك الدموع
- طب العيون للأطفال
- دبلوم العدسات اللاصقة - باريس
- دبلوم أمراض الشبكية - باريس
- (تصوير أوعية الشبكية و الليزر)

طبيب سابق بمستشفيات باريس

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى 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 Safia

Opticienne Optométriste

Bloc 15, N° 400 Ancien M'Hamid
Marrakech - Tel : 05 24 20 25 81
Cell. 06 20 28 29 38

Dr. RACHIDI Tariq
OPHTALMOLOGISTE

Rés. Al Bassatine Bloc 1, Appt. 132
Av. Guemassa M'Hamid - Marrakech
Tél : 05 24 20 25 81 - GSM : 06 32 92 21 21 - E-mail : Dr.RACHIDI.Tariq@gmail.com

شارع كماسة (طريق المطار) إقامة البساتين (بمصدق) عمارة ل. الطابق الثاني رقم 132، (أمام المركز الصحي المحاميد)، فوق وفا إيموبيلي، المحاميد - 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: 001941705000040 - 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:

16/08/2019

Nom :

ZOUHRI

Prénom :

NISRINE

OD	21.25 (-1.00) 5°	Add:
OG	21.25 (-1.00) 17°	

Designation	Prix unite	Quantity	Total
1 monture optique	400,-	1	400,-
2 verres organiques anti reflets	450,-	2	900,-
Total			1300,-

Total :

Mille Trois Cent Dirhams

Optic Sofia
Opticienne Optométriste
Bloc 15, N° 400 Ancien Mhamid
Marrakech
Tel : 05 24 20 25 81
Gsm : 06 26 08 39 88