

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.

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.

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- 0020276

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 619 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ELFANE KHAYAT Date de naissance : 01/01/1946
 Adresse : DOMAINE DE DARB APT A01 RDC
DAR BOUATTA - ROUTE DIAZZEMOUR CAIA
 Tél. : 0636228961 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 07/10/2019
 Nom et prénom du malade : RAFI M 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 : Marrakech

Le : 07/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

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
07/10/19	C3		Gratuit	


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

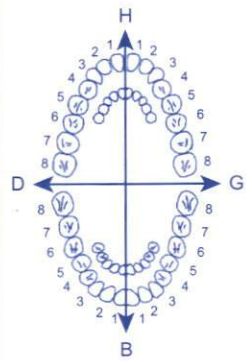
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15/10/19					3000,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Chirurgie de la cataracte par phacoémulsification
Chirurgie des voies lacrymales.
Ophtalmopédiatrie - Lentilles de contact.
Chirurgie réfractive - Angiographie
OCT - Pentacam - Laser

جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر
جراحة المسالك الدمعية - طب العيون عند الأطفال
العدسات اللاصقة - جراحة تقويم البصر بالليزر
تصوير الشبكية - التصوير المقطعي البصري - العلاج بالليزر

07 octobre 2019

Mme RAFII Mina

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs

VL :

OD = + 2.50 (- 0.75 à 90°)

OG = + 2.50 (- 1.25 à 85°)

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP :

ODG = Add : + 2.50

*Dr. GUELZIM Hanane
Ophtalmologiste
N°8, Imm. Nour 2, Avenue Hassan II
Tél : 05 24 20 18 84*

O'PTYS
Sté ALATOURK OPTIQUE SARL
Mme TOURKMAN HOUDA
Opticienne Optométriste Contactologue
RC 70733 TP 45394346 - IF 15288050
ICE : 001559222000073
Tél : 05 24 29 29 19

O'PTYS OPTICIEN OPTOMETRISTE CONTACTOLOGUE

BD ALLAL EL FASSI IMM 6
NUM :163 A PROXIMITE DE
MARJANE
TEL : 05 24 29 29 19
Fax : 05 24 29 28 18


www.optys.ma

RC 70733
IF 15288050
TP 45394346
ICE 001559222000073
INPE 075016386

Marrakech le: 15/10/2019

FACTURE 106350

MME. RAFII MINA

DESCRIPTION	MONTANT EN DHS/TTC
MONTURE OPTIQUE	1 000.00
VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLETS OD	1 000.00
VERRE PROGRESSIF ORGANIQUE ANTIREFLETS OG	1 000.00
	

Dont TVA (20%)

500.00

TOTAL TTC

3 000.00

ARRETEZ LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
Trois mille Dirhams