

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.

Radiologie 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 |

La 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'Horloger Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-507213

25029

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 1086		PAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENFELLOUN YASMINE			
Date de naissance : 16-03-74			
Adresse : AV. PMA Res TAÏBA Immeub. De App 12 MARRAKECH			
Tél. : 0661248658		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	24/02/2020
Nom et prénom du malade :	BENFELLOUN YASMINE
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Comptoir <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Affection canalaire
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, renseigner les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	
ACCUEIL SIEGE RAM	

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/02/2020

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
2020-02-20 CD		250 JH		<i>DR. DR. JAMALI Azzedine INPE 075014746 1^{er} Avenue Malakia et Chirurgie des Yeux MARRAKESH - Maroc Tél : 05 24 31 08 77</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATTAIBA ABDELHAMID KANALI docteur en pharmacie M. YOUSSEF AL BAKRAT Lot. Salma bis (A Cote D'école Al Bachir) - Marrakech Tél : 05 24 31 08 77	24.02.20	150,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/03 2020	INPE	1500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

		DES SOINS												
		DEBUT D'EXECUTION												
		FIN D'EXECUTION												
		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
		MONTANTS DES SOINS												
		DATE DU DEVIS												
		DATE DE L'EXECUTION												
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
B														

Optic BENHIMA

N° 6 Imm. Motassali, N° 90
Av. Zerkouni, Guéliz - Marrakech
Tél. : 05 24 43 28 29

Le : 21/03/2024
M : BENJELLOUN
Y. O. D. M. A. T.

02000

FACTURE

Ordonnance de M le Docteur

<p>N° de nomenclature Correspondante à la prescription</p>	<p>Loin { OD = 75 - 90 - 1W OG = 90 - 3/0 - 100</p>
<p>D.F. { OD = OG =</p>	<p>Près { OD = OG =</p>

FOURNITURES

1 Montures : Plastique 500
2 Verres : Progressif d'un astigmat 1000
TOTAL 1500

Arrêtée la présente facture à la somme de :

1.000 dirhams

IGE 000552039000064

Patente : 45100790 - IF : 14427198 - RC : 1227



Docteur Jamali Azzeddine

الدكتور جمال عز الدين

SPÉCIALISTE

CHIRURGIE ET MALADIES DES YEUX

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Clermont Ferrand en France

Sur Rendez-vous

ICE : 002163054000078

Marrakech, Le

24/02/2020

مراکش فی

خريج كلية الطب بكلية من فرنسا

خريج كلية الطب بكليرمن فرن بفرنسا

بالموعد

INP : 071079883

BEN JELLOUN Yasmine

LUNETTES VL

$$OD = (75^\circ - 0,75) - 1,25$$

$$\text{OG} = (90^\circ - 0,5) - 1$$

PPC: **LOT** **W**
1 5 0 D H

150, 00

1) Hylocomod collyre

1g x 3/j

PHARMACIE A TAIBA
ABDELMHAMID KANALI
docteur en pharmacie
Av. M. A. Aït Benhaddou Rue Al Bachir Lot: Salima
23 bni (A Côte D'école Al Bachir) - Marrakech
Tel : 05 24 31 08 77

Docteur JAMALI Azzedine
Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux
213, Avenue Mohamed V. Guélibé
Télé. 636112
Mardi 10h-12h
44.55.25

213، شارع محمد الخامس (قرب الخطوط الجوية الملكية، بين بنك الوفاء ومصرف المغرب) - الهاتف: 05 24 44 95 25
213, Avenue Mohamed V Marrakech - Guéliz (à côté de Royal Air Maroc, Entre Wafa Bank et Crédit du Maroc) - Tél. : 05 24 44 95 25