

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-841689

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0004246 Société : 200098
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KABBALCHIBOU NAJAT
 Date de naissance : 20-02-1968
 Adresse : BORDJES ETO FADLA Ruef No 10
 IBRAHIM
 Tél : 0659434573 Total des frais engagés : Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/01/2024
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : conjonctivite allergique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :
 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) : Le :/...../.....

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-841689

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).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
08/12/2024		25	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie TAL EDDINE Echahid Benlahcen n° 56 Hay Branes 1 TAMER T405 39 31 18 27	08.01.26	91.124.80

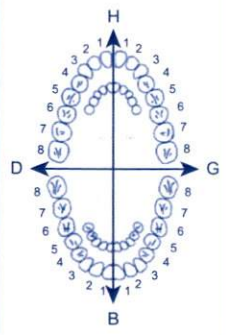
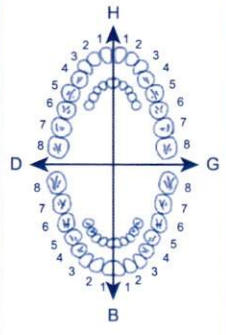
INTE: 162102628

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	

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	CCEFFICIENT 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			Montant des Honoraires															
																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

Docteur Abdelilah KHAYATI
Spécialiste des Maladies et Chirurgies des Yeux
Ophtalmo - Diabétiologie
Voies Lacrymales - Lentilles de contact
EX-Médecin Commandant Ophtalmologiste
à l'hôpital Militaire de Rabat
Ex-Médecin interne à l'H.C. Villeneuve St Georges à Paris
INP: 161166053



الدكتور عبد الإله الخياطي
إختصاصي في أمراض وجراحة العين
مرض السكري العين
أمراض مجرى الدمع - تركيب العدسات
طبيب إختصاصي ضابط طبيب بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط سابقا
طبيب داخلي بمستشفى طوب العين قبلوف سان جورج بباريس سابقا

Tanger, Le : 08/10/2020

Dr. Abdelilah KHAYATI
Ophtalmologiste
46, Bd. Omar Ibn El Khattab
Imm. Najib Appt. 6 - TANGER
Tél: 05 39 94 10 34 - 06 65 30 84 15
INP: 161166053

84.80
- ophtalmo collg SV
124.80
- Stacker 4de.
100
20.00 x 2
Amecol collg SV
x 3 j
1mg

Dr. Abdelilah KHAYATI
Ophtalmologiste
46, Bd. Omar Ibn El Khattab
Imm. Najib Appt. 6 - TANGER
Tél: 05 39 94 10 34 - 06 65 30 84 15
INP: 161166053

Pharmacie TAJ Eddine
Rue Echahid Belkacem n°5
Hay Brande - TANGER
Tél: 05 39 31 18 27

46, Bd. OMAR Ibn Elkhatab, Immeuble Najib Appt. 6 - Tanger
Tél./Fax: 05 39 94 10 34
E-mail : akhayati5@hotmail.com

46, شارع عمر بن الخطاب، عمارة نجيب، شقة 6 طنجة
الهاتف الفاكس : 05 39 94 10 34
البريد الإلكتروني : akhayati5@hotmail.com

PL: 124.80

Titulaire d'AMM/ Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

U
x2 ced

18001 070442
Laboratoires Sothema Bouskoura
Ophtanol 1mg/ml collyre en solution
Flacon de 5ml
AMM Maroc N°96R1/20DMP/21/MAJ
PPV : 84.80 DH