

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.

Reéducation :

- 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 prothèse ou de traitement canalaire, accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début des traitements.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radiographie après soins est obligatoire en cas de prothèse ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouveler tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles :

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pre@mupras.com
- Avenant et changements de statut : athes@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 d'Assurance Maladie - 4, rue du 24 Mars 1974 - 20000 Nouméa - Nouvelle Calédonie
Tél : 05 27 20 45 35 - Fax : 05 27 22 78 18 - www.mupras.nc



Déclaration de Maladie

N° W19-502823

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11120 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LABYED YOUSSEF

Date de naissance : 24 MARS 1974

Adresse : ROYAL AIR MAROC - AEROPORT RAFIG HARIRI - BEYROUTH - LIBAN

Tél : +961 76 711 006 Total des frais engagés : 250.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Souad HANABAL Spécialiste en Dermatologie - Vénérologie Cite Dakhlia Av. Hassan I - Résidence El Yassin Etage N° 204 - AGADIR Tél : 05 29 20 20 90

Date de consultation : 22 JUN 2020

Nom et prénom du malade : EL Amini Anas

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration et je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-502823

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 : 11120
Nom de l'adhérent(e) : LABYED YOUSSEF
Total des frais engagés : 250.00
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 |
| | | | | INF : 097157923 |
| | | | | Docteur Spécialiste en Dermatologie |
| | | | | Cité Dakhlia Av Hassane 2ème Etage |
| | | | | Tel : 01 22 22 22 22 |

| 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 Particien | 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 tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins | | | | |
| Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INF : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | | | | MONTANTS DES SOINS [] |
| | | | | DEBUT D'EXTENSION [] |
| | | | | HN [] |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | | | | |
| | [Creation, remonte, adaptation] | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

Dr Souad HANABAL

Spécialiste en Dermatologie-Vénérologie
Maladies de la peau, des Ongles et des Cheveux
Allergologie et Cosmétologie



041192428

الدكتورة هناد حنبل

إختصاصية في أمراض الجلد والأظافر والشعر
الحساسية و التجميل

أكادير، في: 29/07/2020
Agadir, le :

NOTE D'HONORAIRE

NOM :

PRENOM :

ACTE : CONSULTATION

HONORAIRE : Deux Cent Cinquante Dirhames (250,00 dhs).

Signature

Docteur Souad HANABAL
Spécialiste en
Dermatologie - Vénérologie
Cité Dakhla Av Hassan I, Résidence Dyar1
2ème Etage N°204 - AGADIR
Tél : 05 28 29 20 90

حي الداخلة شارع الحسن الأول إقامة الديار 1 الطابق الثاني رقم 204 - أكادير
Cité Dakhla Av. Hassan I, Résidence Dyar1, 2ème étage N°204 - Agadir
Tél/Fax : 05 28 29 20 90 - Patente: 48146314 - ICE: 001712091000057