

# 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 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 tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



Declaration de Malade

N° W21-623373

69674  
Optique

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0708 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) SAD Autre : Abdelkader

Nom & Prénom : Abdelkader

Date de naissance : 03-10-1944

Adresse : 152 AV Hassan Feboulci PABAT

Tél : 0671400496 Total des frais engagés : 8000DH,00

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. M. KHALIL OPHTALMOLOGISTE 13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - PABAT Tél : 05 37 77 32 32 / 05 37 77 17 18

Date de consultation : 3/4/21

Nom et prénom du malade : MR SAD Abdelkader Agi

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐

Nature de la maladie : Affection oculaire

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : PABAT le 3-4-21

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





RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
31/04/2021			80000	<p>INF 101084655</p> <p>Dr. M. KHALIL</p> <p>MEDECIN GÉNÉRALISTE</p>
			Remboursé	

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
<b>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</b>	<b>Date</b>	<b>Montant de la Facture</b>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

[illegible]

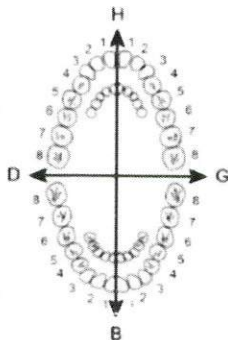
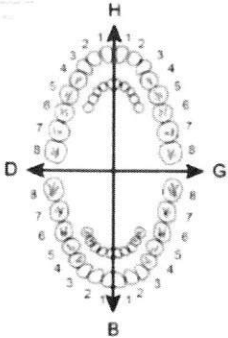
VOLET ADHERENT

# 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	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>   <b>B</b> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

M. SAD Aboletkader

## NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1). Date de la constatation l'état du malade :

31/4/2021

2). Renseignements clinique sommaires :

Angiographie

3). Traitement envisagé

Correspondant à la

cotation indiquée sur le bulletin d'information ou à la demande  
d'entente préalable ( si possible, nombre des actes en série)

Angiographie  
rétinienne  
en fluorescence

4). Durée prévisible du traitement :

A..... R.T. le 31/4/2021

Signature

Dr. M. KHALIL

OPHTALMOLOGISTE

INP 101084655

13 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - RABAT  
Tél : 05 37 77 32 32 / 05 37 77 17 13

**Dr. Mohamed KHALIL**

Ophtalmologiste  
Diplômé des Universités  
de Rabat et de Toulouse  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Angiographie numérisée - Laser  
Chirurgie réfractive



**الدكتور محمد خليل**

اختصاصي في طب وجراحة العيون  
خريج جامعتي الرباط وتولوز  
التصوير المرقوم للأوعية - أشعة الليزر  
تصحيح البصر بالليزر

Rabat, le 03 AVRIL 2021

REÇU

MR SAD ABDELKADER

UNE ANGIOGRAPHIE RETINIENNE EN

FLUORESCENCE = 800,00DH

(HUIT CENTS DIRHAMS)

**Dr. M. KHALIL**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
12 Bis Avenue Ibn Sina - Agdal - RABAT  
Tél : 05 37 77 32 32 / 05 37 77 17 10



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT

Patient ID:1761

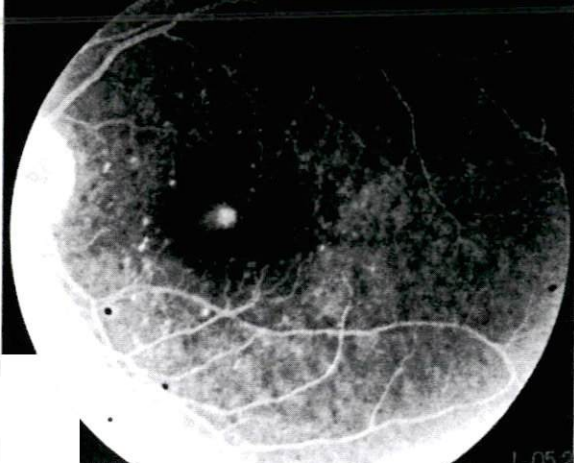
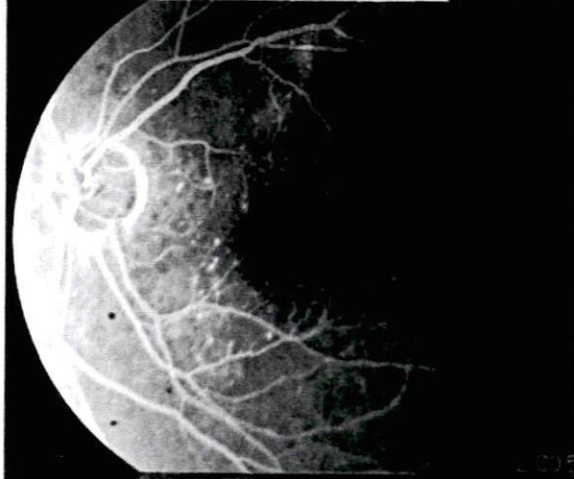
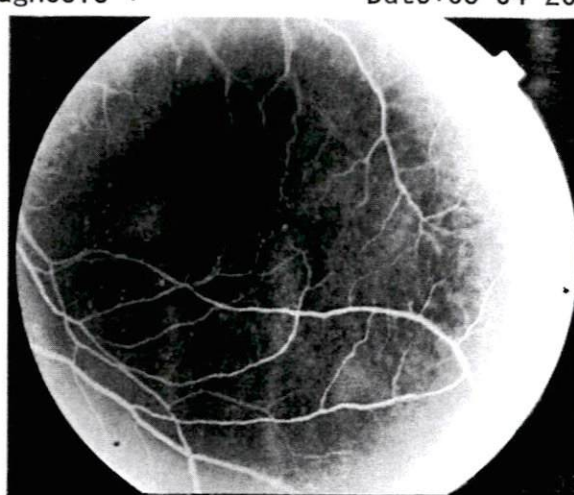
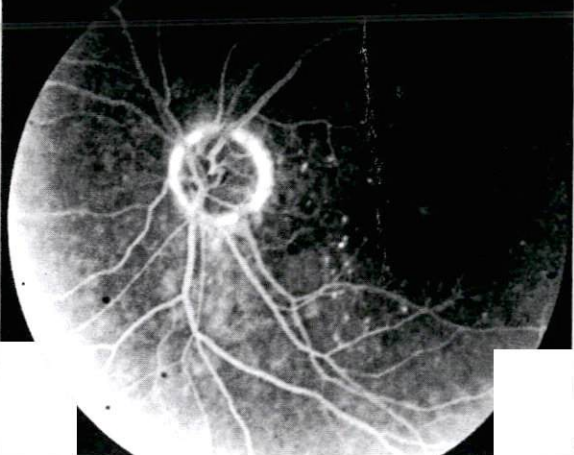
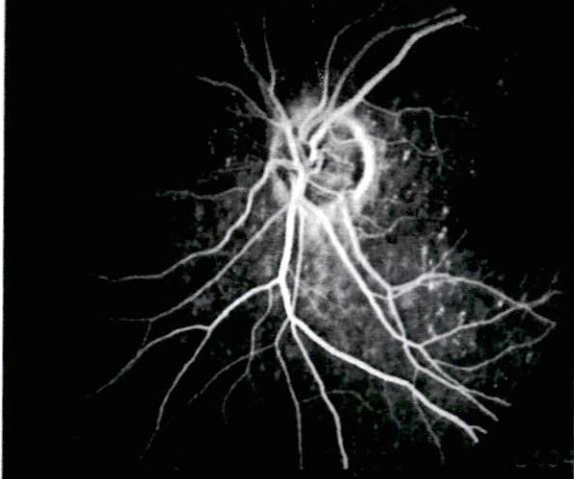
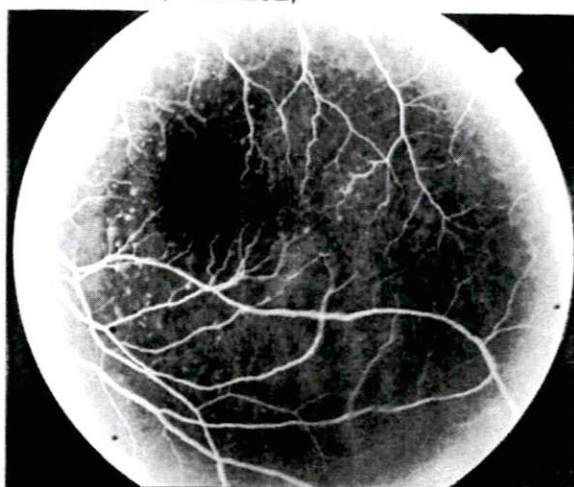
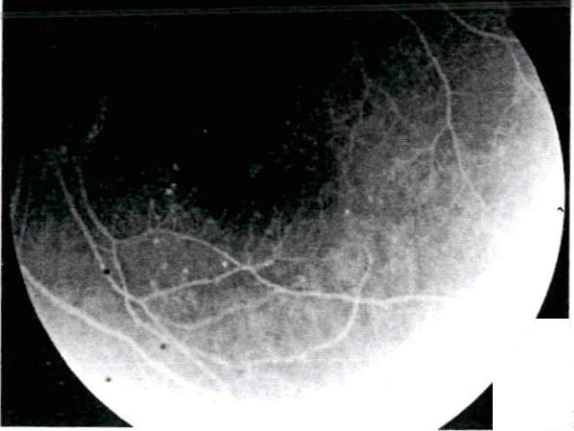
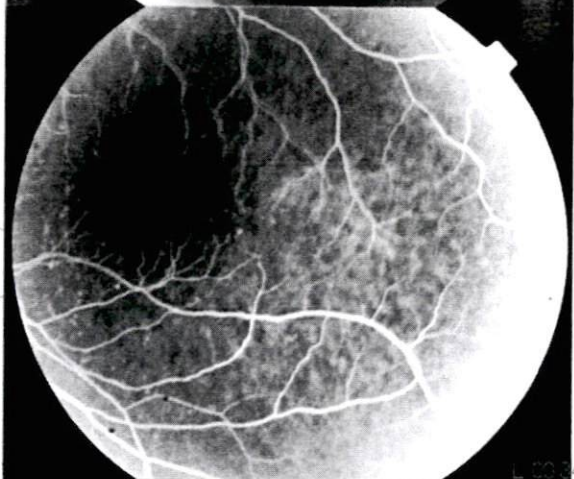
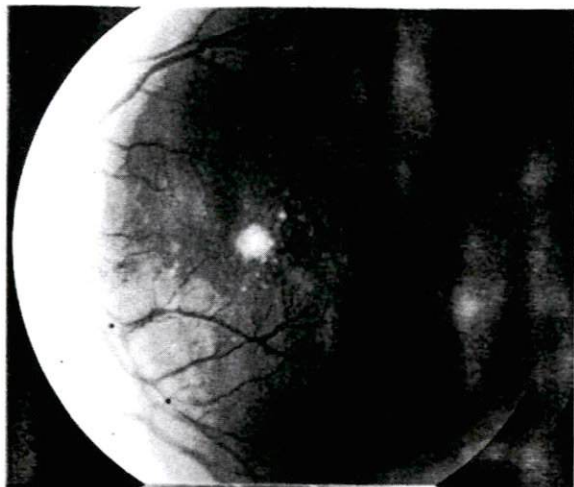
Name: SAAD, ABDELKADER

Dr: M, KHALIL,

Diagnosis :

Date: 03-04-2021

807 GHS  
ADY





CENTRE D'OPHTALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT

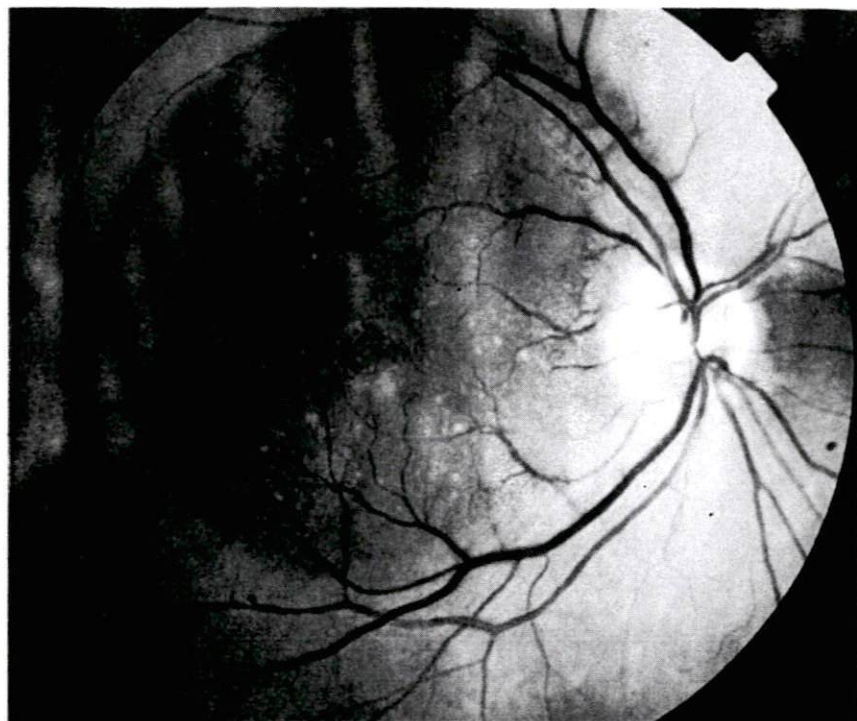
Patient ID:1761

Name:SAAD, ABDELKADER

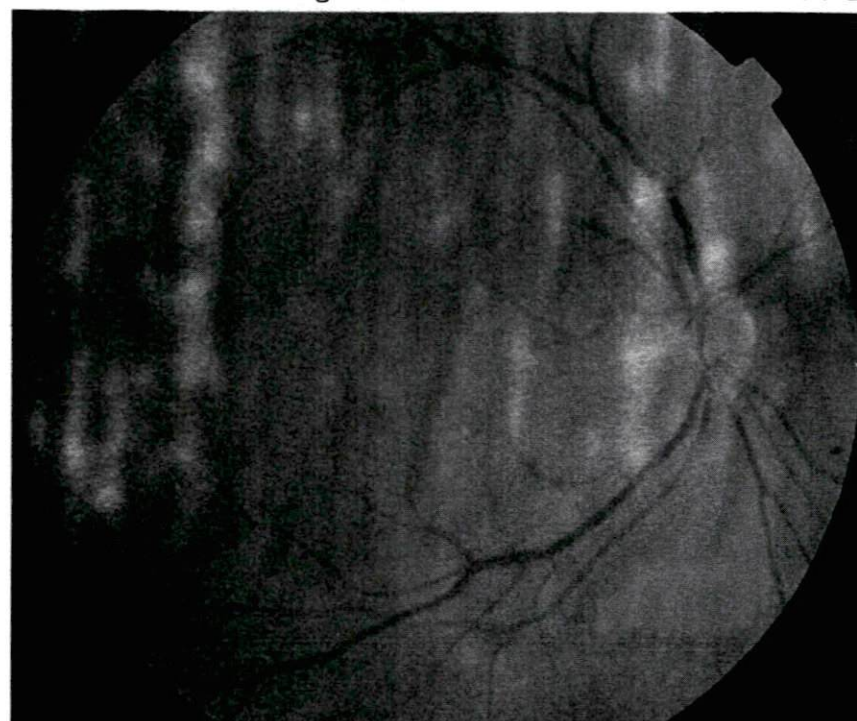
Dr:M, KHALIL,

Diagnosis :

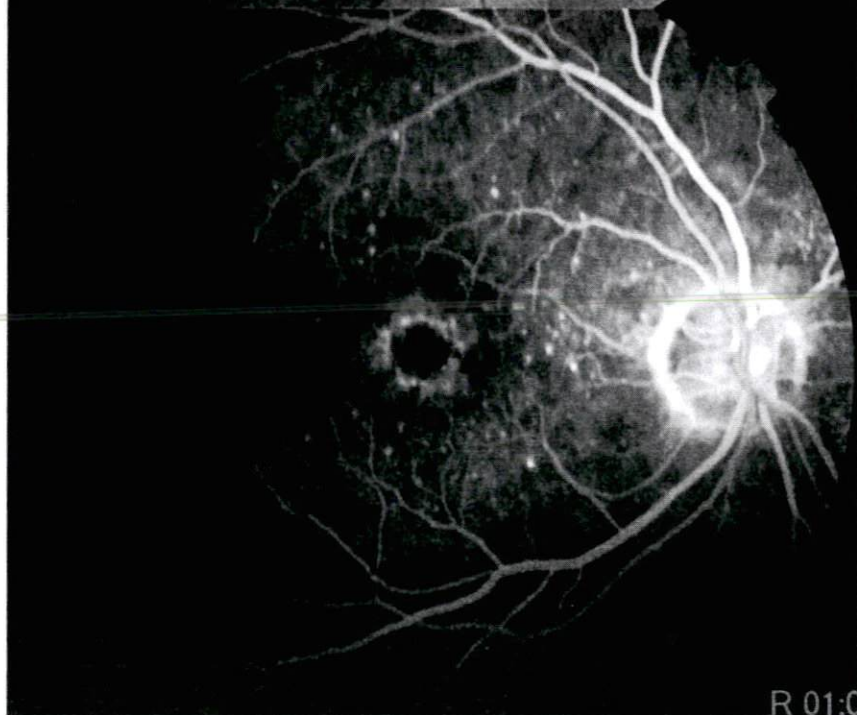
Date:03-04-2021



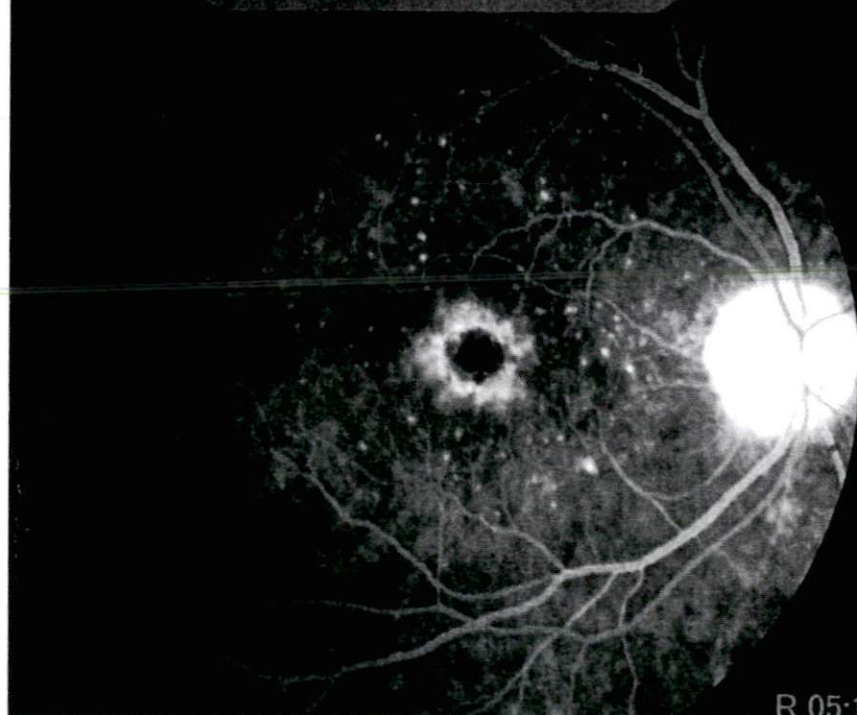
R



R



R 01:06.0



R 05:18.0



**CENTRE D'OPHTALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT**

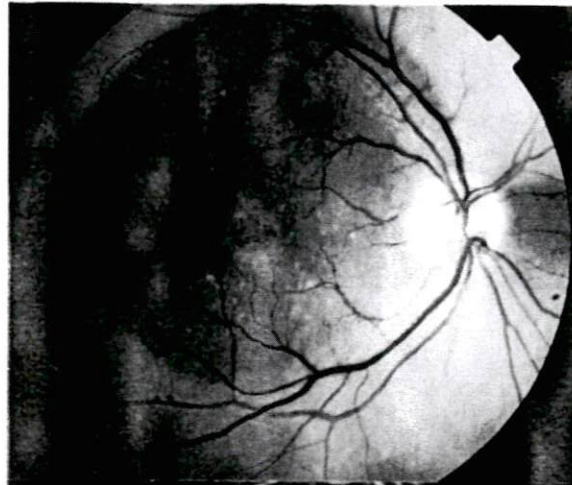
Patient ID:1761

Name:SAAD, ABDELKADER

Dr:M, KHALIL,

Diagnosis :

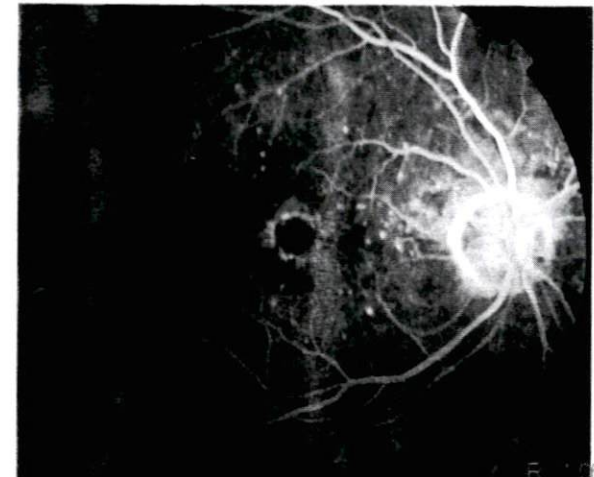
Date:03-04-2021



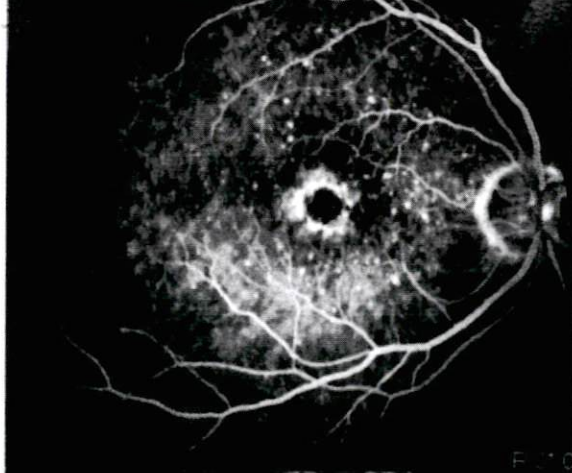
R



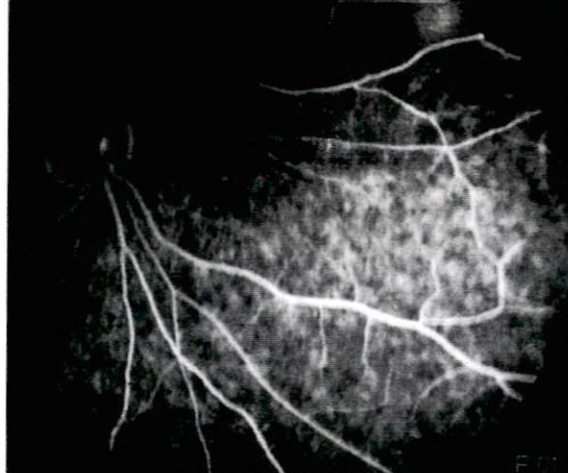
R 01 080



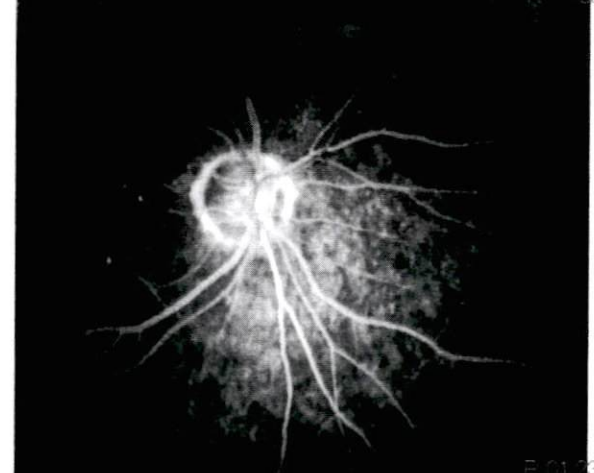
R 01 060



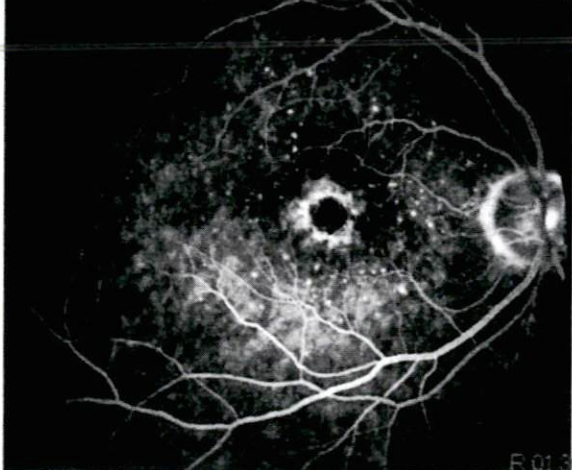
R 01 080



R 01 150



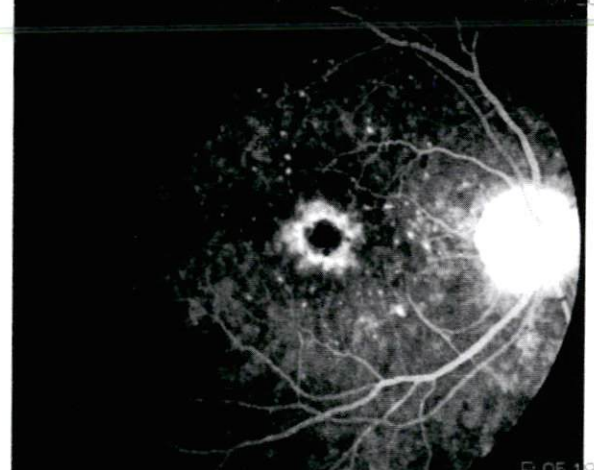
R 01 230



R 01 350



R 02 150



R 05 180



*CENTRE D'OPHTALMOLOGIE Dr M.KHALIL RABAT*

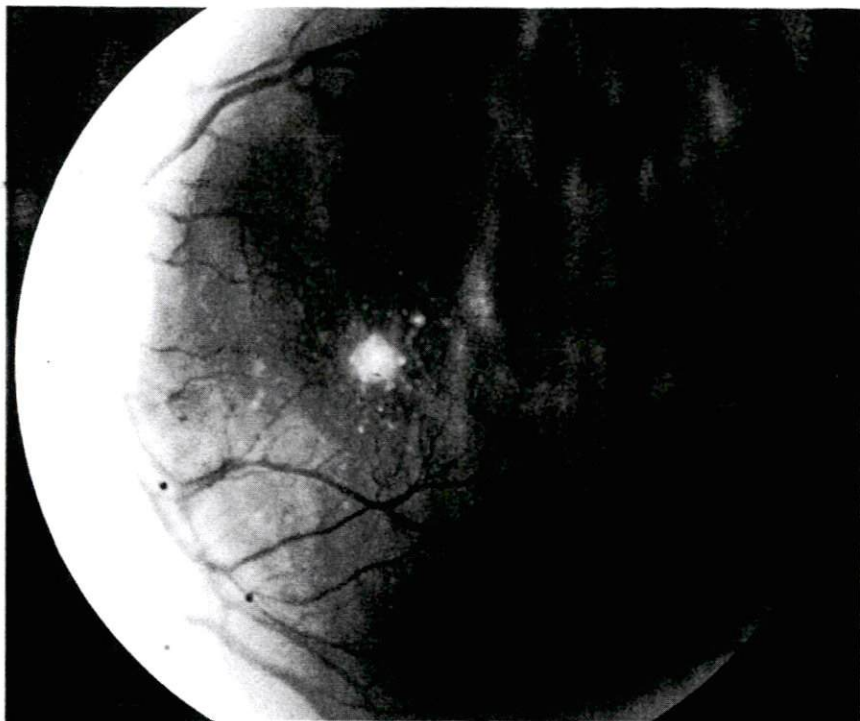
Patient ID:1761

Name:SAAD, ABDELKADER

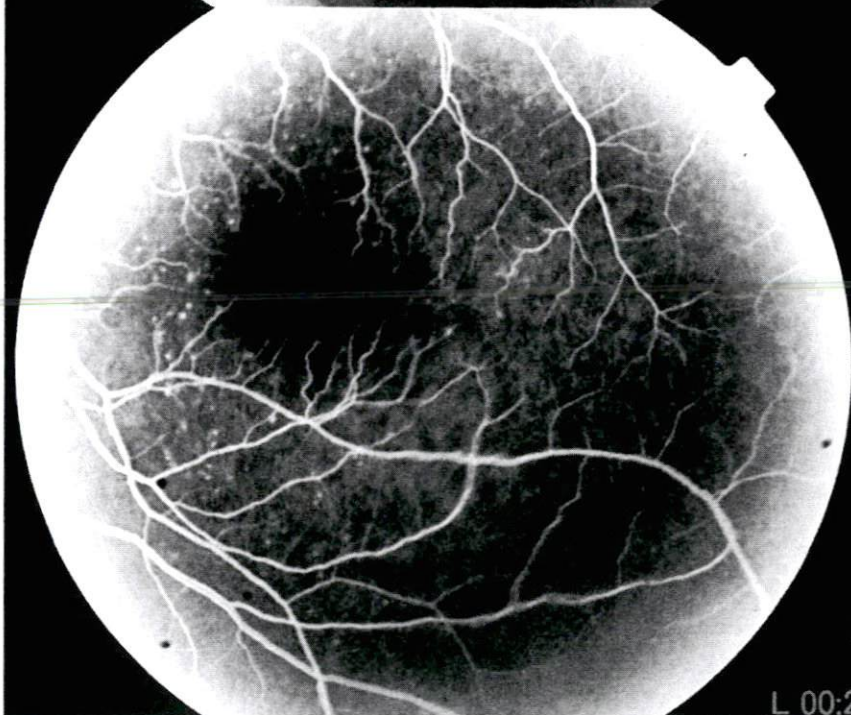
Dr:M, KHALIL,

Diagnosis :

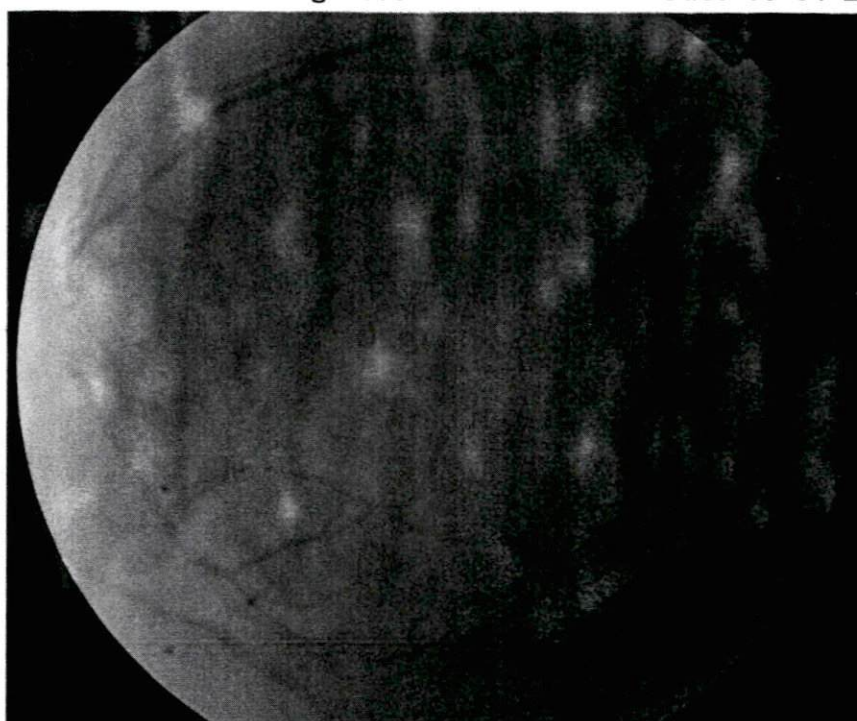
Date:03-04-2021



L



L 00:27.0



R



R 05:26.0