

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.

Radiologue 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-649098

82944

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8538		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IBN KHALDOUN MUSTAPHA			
Date de naissance : 19/09/1963			
Adresse : N° 15 BLOC 10 CITE SIDE Mohamed, Agadir			
Tél. : 06 84 910 433	Total des frais engagés : 200		Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

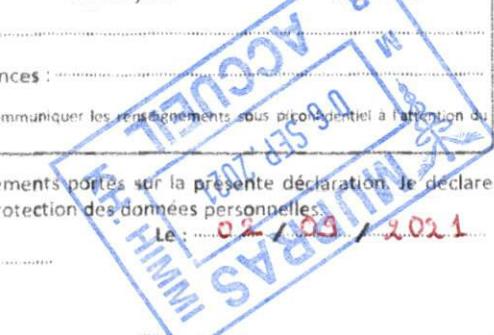
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 18/09/2021	
Nom et prénom du malade : IBN KHALDOUN Basmé, Age : 52 ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Lunettes	
En cas d'accident 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 : Agadir

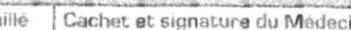
Le : 02/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-649098	
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 : 8538
 Nom de l'adhérent(e) : IBN KHALDOUN
 Total des frais engagés : 200
 Date de dépôt : 02/09/2021

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
18 AOUT 2021	S		2.000,00 Dhs	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

VOLET ADHÉRENT

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP																
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				RN D'EXECUTION												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25035412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			H	25035412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553		35533411	
H	25035412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
	35533411															

linikahé امراض العيون

CABINET D'OPHTHALMOLOGIE

الدكتور احمد بلا
إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

Dr. Ahmed BELLA
OPHTHALMOLOGISTE



الدكتور عبد الرحيم ادحيبي
إختصاصي في أمراض
وجراحة العيون

Dr. Abderrahmane IDHAJJI
OPHTHALMOLOGISTE

Agadir, le أكادير في

18 AOUT 2021

T bn Rhaldaoun Basma

lunettes pour VL :

OD : - 5,75 (- 0,50. 180°)

OG : - 5,50 (- 0,50. 180°)

lunettes + monture

DR. Ahmed BELLA
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
Imm. Assalam N° 27 Av. Cheikh Saâdi
Tel.: 84-88-69 / Talborjt - Agadir

عيادة أمراض العيون

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

الدكتور أَحمد بَلَّا
إختصاصي في أمراض
وَجَراحتَ العَيْنَ

Dr. Ahmed BELLA
OPHTALMOLOGISTE



الدكتور عبد الرحمن ادجبي
إختصاصي في أمراض
وَجَراحتَ العَيْنَ

Dr. Abderrahmane IDHAJJI
OPHTALMOLOGISTE

Agadir, le 18 مارس 2021 أكادير في

Note d'honoraire

J'atteste par la présente avoir reçu de Mlle IBN KHALDOUN Basma
la somme de 200,00 DHS en guise de frais de consultation.

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de deux cents DHS.

Dr. Ahmed BELLA
Ophtalmologiste
Maladies & Chirurgie des Yeux
Imm. Assalam N° 27 Av. Cheikh-Saâdi
Tel. : 84-88-69 / Talborjt - Agadir