

## 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

- 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.

**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

N° W21-725537

127984

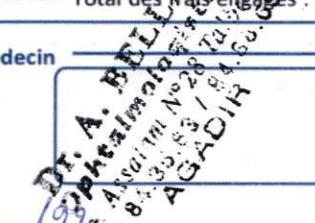
par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" 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"/> Pensionnée	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MUSTAPHA IBN KHALDOUN			
Date de naissance : 19/09/1963			
Adresse : BLOC 10 N.R 15 CITE SIDI MOHAMED			
Tél. : 06 62 200433	Total des frais engagés : 250 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/10/2019

Nom et prénom du malade : BASMA IBN KHALDOUN

Age : 35

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 04/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-725537
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 : 250

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'exécution des Actes
04 AOUT 2022	S	2	250	DR. B. B. 3.69

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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 ADHERENT

\* 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.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
			<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	
	H		G																			
	25533412	21433552	00000000	00000000																		
	D		B																			
	00000000	00000000	35533411	11433553																		
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
						DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
						DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																						

# مِنْسَادَةُ أَمْرَاضُ الْعَيْنَينَ

## CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Ahmed BELLA

OPHTALMOLOGISTE



الدكتور أحمد بلا  
إخلاصي في أمراض  
 وجراحة العيون

Agadir, le 04 AOUT 2022      أكادير في

Ibn Khaldoun Basma

lunettes pour VL:

OD: -5,50 (-0,50. 180°)

OG: -5,50 (-0,50. 180°)

verres + monture.

Dr. Ahmed BELLA  
Ophtalmologiste  
Maladies & Chirurgie des Yeux  
Imm. Assalam N° 27 Av. Cheikh Saâdi  
Tel.: 34.88.69 / Talborjt - Agadir

عيادة أمراض العيون  
CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Dr. Ahmed BELLA  
OPHTALMOLOGISTE



الدكتور أحمد بلا  
إختصاصي في أمراض  
و جراحة العيون

Agadir, le 04 AOUT 2022  
أكادير في

Note d'honoraire

J'atteste par la présente avoir reçu de IBN KHALDOUN Basma  
la somme de 250,00 DHS en guise de frais de consultation.

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

Dr. Ahmed BELLA  
Ophtalmologiste  
Maladies & Chirurgie des Yeux  
Imm. Assalam N° 27 Av. Cheikh Saâdi  
Tél. : 34-88-69 / Talborjt - Agadir