

## 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

- Réclamation : 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.

N° W21-762678

230719

par Courrier

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Optique

Autres

Matricule :

3015

Société :

DAM

EPOUSE

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

AMARA ELYABOUNI

Date de naissance :

28/05/1977

Adresse :

121 Lot Services Promos MASSINA

.....

Télé. :

06 62 03 53 09

Total des frais engagés :

Dhs

Docteur Khadija CHERGUI

Ophthalmologiste

79, Av. Oqba, 1er étage - Agdal  
Rabat / Tel. 05 37 77 77 54

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/09/2022

Nom et prénom du malade :

Ben Amara Nezha

Age:

55 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Améthyste - Phéochytose

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 : 20/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-762678

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 :

3015

AMARA ELYABOUNI

Nom de l'adhérent(e)

AMARA ELYABOUNI

Total des frais engagés :

3015 + 373,10 Dhs

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 le Paiement des Actes
22/09/2014	2	2	200000	INP : 100M64473 Docteur Khadija CHERGU 79, Av. Ooba 1 Ophthalmologiste
29/09/2014	2	2	200000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>L'Oréal Paris</i>	<i>2010-01-24</i>	<i>373,-</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

#### **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 canalaires, 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	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B G</td></tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																			
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D																			
00000000 00000000																			
35533411 11433553																			
B G																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

**Docteur Khadija CHERGUI**  
**Ophthalmologiste**

Maladies et chirurgie des yeux  
Angiographie numérisée - Laser - OCT

Ancien Médecin attaché à l'hôpital  
Militaire d'Instruction Mohamed V - Rabat



**الدكتورة خديجة الشركي**

متخصصة في أمراض و جراحة العيون

تصوير الأوعية المرقوم - الليزر

فحص الشبكة بالليزر

طبية ملحة سابقاً باستثنى

ال العسكري الدراسي محمد الخامس - الرباط

**20 septembre 2022**

Rabat, le : ..... الرباط في

**Mme BEN AMARA Nez**

*Mut + 2*

**1/ THEALOSE**

1 goutte 4 fois par jour et à la demande, les deux yeux, 3 Mois  
renouv

*79,00*

**2/ NAVIINFLA COLLYRE**

1 gt 4 fois par jour, les deux yeux, 1 Mois

*373,00*

Docteur Khadija CHERGUI  
Ophtalmologiste  
79, Av. Oqba, 1<sup>er</sup> étage - Agdal  
Rabat | Tél : 05 37 77 77 55



Pharmacie Des Cités  
Driss  
Lot El Warda N°20 Guich Loudaya  
Tél : 0537 56 03 35  
INPE : 102 021 195

