

## 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 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.

MUPRAS : Centre Al-Ben Abdellah - 6ème Etage - Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Al-Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel: 05 22 25 45 45 (LG) - Fax: 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-783528

*Concer*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : <b>3432</b>			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>AALA. ABDELHAQ</b>			
Date de naissance : <b>15-11-1953</b>			
Adresse : <b>591. R. TASSIRIA III</b>			
Tél. <b>0661535857</b>		Total des frais engagés : <b>323,40</b> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin : <b>DR. BOUSHABA HASSAN</b>  <b>Ophtalmologiste</b>  <b>INPE : 071038210</b>  <b>Av. Zektouni, Gueliz, Marrakech</b>  <b>Tel : 05 24 43 75 04</b>  <b>WhatsApp : 07 50 67 29 82</b>  <b>Age : 69</b></p>		
Date de consultation : <b>13/02/2023</b>			
Nom et prénom du malade : <b>AALA. ABDELHAQ</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Comptoir	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>Affection oculaire</b>			
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 : **Marrakech**

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

Le : **13/02/2023**

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-783528	
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 : <b>3432</b>	Nom de l'adhérent(e) : <b>AALA</b>
Total des frais engagés :	
Date de dépôt : <b>323,40</b>	

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
13/02/2023	C2		DR 300,00	DR. BOUAFI HABIB INPE : 07 038210 Ophtalmopaste Zektouni, Gueliz, Kairouan 05 24 33 76 67 06 80 67

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
13/10/2023 BLOC MASSIER N°INPE: 02204165 OAKALO	13/10/2023	23,42

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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 pratique 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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT</b>			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000900
00000000	00000000
35533411	11433553

## [Création, remont, adjonction]

A 4x4 grid of circles. Arrows indicate a path from the top-left circle to the bottom-right circle, passing through the following sequence: top-left, top-center, top-right, middle-left, middle-center, middle-right, bottom-left, bottom-center, bottom-right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT DEXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

13 février 2023



AALA ABDELHAQ

23,40

OPTIPRED Collyre (acét. de prednisolone)

1 goutte x 3 par jour, dans les deux yeux, pendant 8 jours



DR. BOUSHABA HASSAN  
Ophtalmologiste  
INPE : 07/103/710  
Av. Zerkouni Guéliz - Marrakech  
Tél : 05 24 43 76 64  
Whatsapp : 06 60 67 29 82



# CENTRE VISION ET LASER LE COLISÉE

MEDECINE ET CHIRURGIE DES YEUX

CORRECTION DE LA VUE AU LASER

EXPLORATION DE LA FONCTION ET DE LA STRUCTURE DE L'OEIL

Tél : 05 24 43 76 64 - E-mail : centreboushaba@gmail.com

Rendez-vous et Renseignements Whatsapp : 06 60 67 29 82

13 février 2023



**AALA ABDELHAQ**

## NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, certifie avoir reçu la somme de TROIS CENT DIRHAMS (300 DHS) de AALA ABDELHAQ , pour une consultation (C2).

DR. BOUSHABA HASSAN  
Ophtalmologiste  
INPE : 071038210  
Av. Zerkouni, Guéliz - Marrakech  
Tél : 05 24 43 76 64  
Whatsapp : 06 60 67 29 82