

# 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.



## Declaration de Maladie

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2010 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUDALA WAHID  
 Date de naissance : 09-08-52  
 Adresse : Résidence FARAS n° 79 AGADIR  
 Tél : 06 777 17 064 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 17 DEC. 2019  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : AGADIR Le : 10 / 12 / 2019  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-497710

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
 réclamation ultérieure.

Matricule : 2010  
 Nom de l'adhérent(e) : BOUDALA  
 Total des frais engagés :



RELEVÉ 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
10/12/2013	SS BB		409,00	

041084831  
N° 6 Bd. M. Agadir  
AGADIR Tél: 05 28 84 75 55

[illegible]

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

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

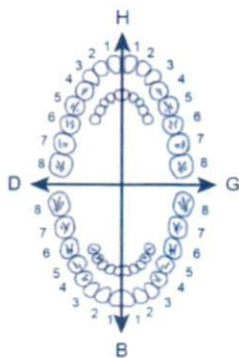
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

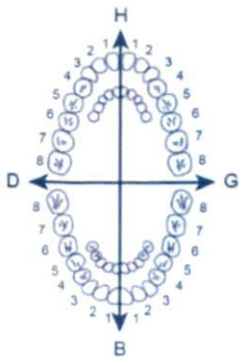
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 d

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<div></div>																									
					MONTANTS DES SOINS	<div></div>																									
					DEBUT D'EXECUTION	<div></div>																									
					FIN D'EXECUTION	<div></div>																									

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																									
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div></div>												
	H																														
	25533412	21433552																													
	00000000	00000000																													
	D	G																													
	00000000	00000000																													
	35533411	11433553																													
	B																														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																														
						MONTANTS DES SOINS	<div></div>																								
					DATE DU DEVIS	<div></div>																									
					DATE DE L'EXECUTION	<div></div>																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

**Clinique Spécialisée**  
**Moulay Youssef**  
**Dr. KHAOUA M'Hammed**



**المصحة المتخصصة**  
**مولاي يوسف**  
**الدكتور خاوا امحمد**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
Ancien Médecin de l'Hôpital des Spécialistes de Rabat  
Ancien Chef du Service O.R.L.  
de l'Hôpital Hassan II d'Agadir  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie Oreille, Nez, Gorge  
Chirurgie du Cou et de la Face  
Médecin Expert Près des Tribunaux

خريج كلية الطب ببوردو  
طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرباط  
رئيس مصلحة بمستشفى الحسن الثاني سابقا بالأكادير  
اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن - الأنف  
الحنجرة وجراحة العنق والوجه  
طبيب خبير لدى المحاكم

أكادير في : 10/12/2013  
Agadir le :

MU BOUDALA WATTI

- Duas 28.00  
1 up 3M  
- Dingo 64.50  
1 up 2M  
101.50

صيدلية المنزه  
PHARMACIE AL MANZAH  
BERDAJ Hourriya P. LAGHRABLI  
Av. des FAR Taborjt - AGADIR  
Tél : 05 28 84 44 00

Dr. KHAOUA M'Hammed  
Spécialité des Maladies et Chirurgie  
OREILLE - NEZ - GORGE  
N° 6 Bd. My Youssef Extension "X"  
AGADIR Tél: 05 28 84 75 55



# Clinique Spécialisée Moulay Youssef

Dr. KHAOUA M'Hammed



المصلحة المتخصصة  
مولاي يوسف  
الدكتور خاوا امحمد

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
Ancien Médecin de l'Hôpital des Spécialistes de Rabat  
Ancien Chef du Service O.R.L.  
de l'Hôpital Hassan II d'Agadir  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie Oreille, Nez, Gorge  
Chirurgie du Cou et de la Face  
Président du Tribunal des Tribunaux

خريج كلية الطب ببوردو  
طبيب سابقا بمستشفى الاختصاصات بالرباط  
ئيس مصلحة بمستشفى الحسن الثاني سابقا بالأكادير  
اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن - الأنف  
الحنجرة وجراحة العنق والوجه  
طبيب خبير لدى المحاكم

10/12/2019  
**FACTURE N° 471/19**

Agadir, le : **Mr BOUDALA WAHID** أكادير

	Coeff.	P.U	TOTAL
Consultation orl +soins locaux bouchon de cerumen			200,00
cautérisation chimique			200,00
		<b>TOTAL</b>	<b>400,00</b>

**TOTAL GENERAL 400,00 dirhams**

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cents dirhams  
Avec nos remerciements.

Dr. KHAOUA M'Hammed  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie  
Oreille, Nez, Gorge  
N° 6 Bd. My Youssef - Extension "X"  
AGADIR - Tél: 05 28 84 75 55

**ICE: 001596570000089**

**IF: 76118440**

**PATENTE N° : 49202002**

Signé :

**N° CNSS : 2710110**

**N°COMPTE BANCAIRE : 021 010 0000 038 027 13575 2 74**

**CREDIT DU MAROC  
AGENCE AGADIR VILLE**



6 شارع مولاي يوسف، (أمام إقامة الفرس) الهاتف: 05 28 84 75 55 - الفاكس: 05 28 82 74 69  
6, Bd, My Youssef - Extension X - Agadir - Tél. : 05 28 84 75 55 - Fax : 05 28 82 74 69 - Face de la Residence AL FARAS  
E-Mail : clinique\_myoussef@hotmail.com / site web : www.clinique-myoussef.com

Pharmacie AL MANZAH -Agadir

Houria BERDAI

05 28 84 44 43



DR KHAOUA

LE 10/12/2019 FACTURE N 72/2019

MR BOUDALA WAHID

UNITE	PRODUIT	PRIX UNITAIRE	TOTAL
01	DUOXOL CP	37.00	37.00
01	DI INDO 25 MG CP	64.50	64.50

TOTAL	101.50
-------	--------

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT UN DIRHAMES ET 50 CTES .

صيدلية المنزه  
PHARMACIE AL MANZAH  
BERDAI Hourriya ep. LAGHAK-BL  
Av. des FAR Talborjt - AGADIR  
Tel. 05 28 84 44 43

TP :48322977 ICE :001696911000092 INPE : 042007393

Tel : 0528 84 44 43

ADRESSE : Avenue des FAR TALBORJT AGADIR