

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-532375

38640

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12297	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZERRARI MOUHCINE
Nom & Prénom : ZERRARI MOUHCINE			
Date de naissance : 22/03/83			
Adresse : RESIDENCE BEVERLY HILLS A19 EL DAN SOURIA, BOUZIR MUPRAS			
Tél. : 0671461437	Total des frais engagés : 04 SEP. 2020		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 11.08.2020			
Nom et prénom du malade : HABIBI Soudaee Age:.....			
Lien de parenté : Lui-même 31 AOUT 2020 Conjoint Enfant			
Nature de la maladie : Celle			
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'adjudicataire.			

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 : Mohammedia

Le : 11.08.2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **BELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

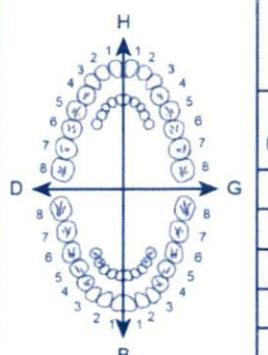
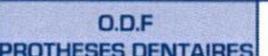
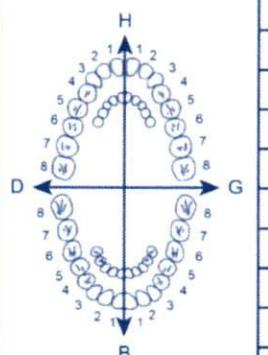
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/06/2010	Consultation	1	250	INP : 1111111111 MOTEL MEDICAL SERVICES LTD. 1000 BLOOR ST. WEST TORONTO, ON M5S 1B2 TEL: 416-481-1111 FAX: 416-481-1111

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

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

#### VIOLET ABSORBENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	MONTANTS DES SOINS	
	DEBUT D'EXECUTION	
	FIN D'EXECUTION	
EFFICIENT		
2 0 0 G 0 3	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
onction) e à la profession	MONTANTS DES SOINS	
	DATE DU DEVIS	
	DATE DE L'EXECUTION	

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

**Dr Mohamed SEDIRA**  
**PEDIATRE**

Prématuré - Nouveau né - Naissance - Enfant  
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris  
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R  
1er étage. App. N°4 - Mohammedia  
Tél.: C. : 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71



**الدكتور محمد سديرة**

طب الأطفال

الرضيع — الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي

الطابق الأول — شقة رقم 4 — المحمدية

05 23 31 06 08

العيادة : 06 63 44 32 71

Mohammedia, le 11.08.2008  
المحمدية، في:

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant



ZERZANI - Founday

N.

8140 =

Q

REVENAR 13.

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V : 814DH00  
6118001171057

Laboratoires  
Pfizer  
S.A.

PHARMACIE ORTHOPÉDIE  
DU MAGHREB  
M. TAZI YOUNES  
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE: 09 2040880