

# 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.

## Biologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

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



Maladie

Dentaire

Optique 38688C  Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 828 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BAHADDI MOUAMER

Date de naissance : 1942

Adresse : 1595 Massira A. Temara

Tél. : 06 64 50 19 15 Total des frais engagés : 1275,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Dr. CHARIF CHEFCHAOUNI Med  
Professeur d'Ophthalmologie!  
Tél. : 06 62 26 48 13

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAHADDI M-A

Age: 1942

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *26.05.05* *BALLES OPHTALMIQUES Q.D.*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *choc DEL 1* *climatique* *vision de l'œil* *2020*

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 : Temara Le : 23/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : *BAHADDI M-A* *03 SEP. 2020*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-039987

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 : 828

Nom de l'adhérent(e) : BAHADDI

Total des frais engagés : 1275

Date de dépôt :

#### **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
22.04.2015	CCr		Cr.	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>BAH</i> <i>armacie</i> <i>170, Avenue des Témoins</i> <i>102013893</i>	22/06/20	1275,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 :**

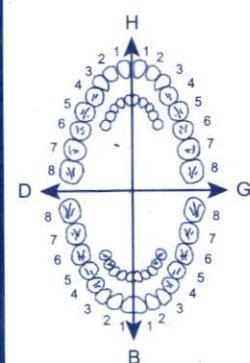
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'exploration.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



*Cir*

مصحة العيون الرباط  
Clinique de la Vision de Rabat



PT140500219

22 juin 2020

Mr. BAHADDI Mohammed

DUOTRAV: COLLYRE

255,00 X 5  
1 goutte 1 fois par jour, les deux yeux, 6 Mois

صيادلية بهية

Pharmacie BAHIA  
170, Avenue Idriss 1er  
Massira TEMARA  
Tél: 0537 60 52 10  
Fax: 0537 60 77 13

د. عبد الرحيم العسلي  
جراحة العيون والجهاز البصري  
العنوان: 170 avenue Idriss 1er  
المدينة: Massira  
النوع: مستشفى  
التلفون: 0537 60 52 10  
fax: 0537 60 77 13



Dr. CHAFAK REFACHACUM M.D.  
Professeur d'Ophtalmologie  
Tel.: 06 62 26 48 13

