

# 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.

## Pathologie 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.

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.

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

Prise en charge	: 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 personnelles.

N° P19- 053714

ND: 40944

CA

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 68 10 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : GRUCHA Redouane

Date de naissance : 18.6.5

Adresse : 55 rue Sultane ple

Tél. : 06.78.78.33.09 Total des frais engagés : 10.00 + 300.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Soumaya CHIBIASSI  
OPHTALMOLOGISTE  
Rue Okba Ibnou Nafli Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 SEP 2020

Nom et prénom du malade : GRUCHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Amét 21 SEP 2020

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## **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
15 SEP 2020	S 2		300,00 DIA	DR HASSANI OPHTHALMOLOGISTE Rue Okba Ibnou Nafii Berrechid Tél. 0522 32 48 47

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/09/2020	1000,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

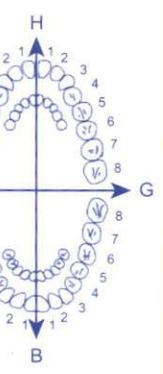
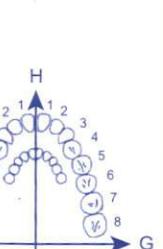
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

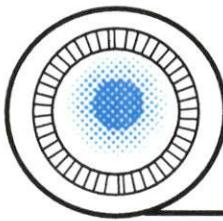
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553		Coefficient des travaux
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

optic contact



Opticien



065008021

Khalid Admy

Opticien Optométriste

Facture N° 756180

Berrechid, le 18/09/2020

Client : Mr GRUCHA Ayman

Code	Description	Total
403	R Visim de lunet	210
407	photoes 4W (2x) lentile	210
		520
		1000
	d) -1,00 (-1,00 à 15°)	
	o) -1,00 (-1,00 à 160°)	
	peri expt.	
Arrêtée la présente Facture à la Somme de :		
<u>1000 Dhs</u>		



**Dr. Soumaya Chebihi Hassani**

**OPHTHALMOLOGISTE**

Maladies et Chirurgie des Yeux  
Microchirurgie de la Cataracte  
Angiographie - Laser - OCT

Résidence Dahhan - Rue Okba Ibn Nafii  
1er étage - Berrechid  
Tél. : 05 22 32 48 47



**الدكتورة اشبيهي حسني سمية**

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

جراحة الساد (الجلالة)

التخطيط الوعائي للشبكة - الليزر

إقامة دحان - زنقة عقبة بن نافع

الطابق الأول - برشيد

الهاتف : 05 22 32 48 47

Berrechid, le

**16/09/2020**

**Mr. GRUCHA Ayman**

**Monture pour vision de loin + verres correcteurs**

**OD = - 1.00 (- 1.50 à 5°)**

**OG = - 1.00 (- 1.00 à 165°)**



**Dr. SOUMAYA CHEBIHI HASSANI**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
Rue Okba Ibnou Nafi Berrechid  
Tél. 0522 32 48 47