

# 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.

## adiologie 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.

## ptique :

- 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.

## entaire :

- 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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

21365

Déclaration de Maladie

Nº P19-0039386

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	720	Société :	247
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		HACHAADI Mohamed	
Date de naissance :		03/01/47	
Adresse :		Danira 1 Rue 15 n°47 C.D. CAST	
Tél. :		06 67 31 68 73	Total des frais engagés : 251,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	DR. CHAHBI Mohammed Ophtalmologiste 544 boulevard panoramique, californie, casablanca, maroc Tel. 05 22 86 46 18 / 19/ 20 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15 Fax: 05 22 86 46 21
Date de consultation :	02/01/2020
Nom et prénom du malade :	HACHAADI med
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	A Hechim se laise
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 : 0134

Signature de l'adhérent(e) :

 MUPRAS

17 FEV 2020  
ACCUEILLIE 2020

## 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
02/01/2020	CS		200,-	 Dr. Mohand Salmi

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-05-20	1000

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'odontogramme.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE  
(Maladies et Chirurgie des yeux)  
Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER  
du C.N.O des XV-XX ophthalmico-pédiatrie  
de la fondation Rothschild-département  
d'Oculo-plastie  
Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طبع كلية باريس

داخلي سابق بكريتاي و بالمركز الفرنسي للعيون  
15-20

١٥-٢٠ جراحة العيون بمؤسسة

## روتاشیلا بباریس

طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون

## ثبیر تصحیح البصر باللیزک

02/01/2020

M ° ITACITADI Mohamed

## 1º) GEL LARME

1 app x4/j pdt 03 mois



## A renouveler

**DR. CHAHBI Mohammed**  
Oncovirologiste  
Cirugía Thoracica, maroc  
544, boulevard Hassan II  
Té: 0522 222266 0522 222267  
Fax: 0522 222268 0522 222269