

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-491886



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		21483	
Matricule :	12917	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BRIVINI Nidhammed Amine
Nom & Prénom :		22/08/1981	
Date de naissance :		Res. ESSADIK .Imt. A ppt8. G0lifornie	
Adresse :		CASABLANCA	
Tél. :		0676892292 Total des frais engagés : 325,00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. HAJI Ophélie 22 Rue 22, 1er étage, Casablanca	
Date de consultation : 02 JAN 2020	
Nom et prénom du malade : BRIVINI lilya	
Age: 17	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17 FEB 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 :
Signature de l'adhérent(e) :
Le : 17/02/2020

9/15/66

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 JAN. 2020	→		200	INP : 091168361

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Bouchra Ben Aïcha Pharmacien Géf. Rue 22, n°3, S. Moumen Jdid-Casab Tél: 0522 712 805 - INPE 002001002	02.01.20	75,00

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	

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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nawfal HAJOULI

Maladies et chirurgie des yeux
Diplômé de la faculté de Toulouse - France

chirurgie de la cataracte (phako)

Glaucome - chirurgie des paupières

des voies lacrymales

chirurgie de la myopie (laser)

Angiographie



0522 72 73 65

الدكتور نوافل حجوبي

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

جراحة الجلالة - الزرق (ضغط العين)

جراحة الجفون - مسالك الدموية

تصحيح البصر (لايزر)

العدسات اللاصقة

تصوير الشبكة

02 JAN. 2020

Casablanca, le الدار البيضاء . في

Berivan: lilya

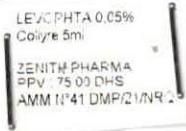
Pharmacie AB
Bouchra BERRA Dr. en phar.
Gr. Rue 22, n°3, S. Moumen Jdid
Tél: 0522 712 805 - INPE 09200111

75, -

Levophtha

SV

mg Hex 2/j. 1ml



Dr. HAJOULI Nawfal
Ophthalmologue
22 Rue 22, 1er Etage Groupe 1
Sidi Moumen Jdid Casablanca
Tél: 0522 712 805 - INPE 09200111

22, Rue 22, 1^{er} étage, Groupe 1, Sidi Moumen jdid - Casablanca
زنقة 22. الطابق الأول مجموعة 1 (قرب التنمية البشرية) سيدى مومن الجديد، الدار البيضاء

E-mail: nawfal.hajouli@yafoo.fr