

# 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

- Reclamation : 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.

N° W19-474226

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> <b>22912</b> <input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>OA</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <b>4517</b>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <b>YAHIA KHACID</b>		
Date de naissance : <b>29/6/62</b>		
Adresse : <b>2, RUE AIT MELLOUK, AU ZERHOUNNE Souissi RABAT</b>		
Tél. : <b>43690 Dhs</b>		
Total des frais engagés :		
Cadre réservé au Médecin : <b>Docteur Rahim KADA</b> Spécialiste ORL et Chirurgie Cervico-Faciale Rue Ibel Moussa, N° 3, Agdal Rabat - Tel: 05 37 67 13 45		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <b>26 FEV 2020</b>		
Nom et prénom du malade : <b>YAHIA KHACID</b>		
Lien de parenté : <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <b>Maladie de l'œil</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>Chute d'yeux</b>		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adhérent de la Mutuelle.		
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 : <b>69</b> Le : <b>26 FEV 2020</b>		
Signature de l'adhérent(e) : <b>YAHIA KHACID</b>		

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-474226

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

#### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Benjelloun Dr. BENJELLOUN SONIA Av Zerhoun Souissi-Rabat Tel: 05 27 63 68 64 NPF: 08015153	19/12/19	A 36,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Docteur Rahim KADA

Ex. Médecin Colonel

de l'Hôpital Militaire Méd V - Rabat  
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
Médecin Expert en Médecine Aérospatiale  
AFSA d'ORL Pédiatrique - Paris VII

# ORL

# الدكتور رحيم قادة

طبيب اختصاصي سابق  
بالمستشفى العسكري بالرباط  
اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن والأنف والحنجرة والعنق  
أطفال - كبار

Rabat le : 19.12.19 الرباط في :

Nom du patient : YAHIA KHALID.

136,20

NasoneX

2 pulv 2x11 x 15 fisi

fisi 1x11 x 1ml



T 2 136,20

Pharmacie Benjelloun  
Dr. BENJELLOUN SONIA  
3, Av Zerhoun Souissi-Rabat  
Tél : 05 37 63 68 64  
INPE : 102015153

Docteur Rahim KADA  
Spécialiste ORL  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
Rue Jbel Moussa, N° 3, Agdal  
Tél : 05 37 67 13 45

10, Rue Jbel Moussa, Appt. 3 - 10080 - Rabat - الرباط، 10080 - 3 شقة موسى جبل، زنة 10  
Tél : 05 37 67 13 45  
Fax: 05 37 67 13 48

الهاتف : 05 37 67 13 45  
الfax : 05 37 67 13 48