

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0052731

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8567

Société : Royal AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : CHABBAR, ASMAA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 22 91 24 28

Total des frais engagés : 305,62 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/09/2011

Nom et prénom du malade : CHABBAR, ASMAA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allaitante

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/09/2011

Authorisation CHFID : AA-215 / 2019

## 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
10.03.2019			200,00	IBI Montauban
				IBI Montauban
				IBI Montauban
				IBI Montauban

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Charles Nicolle</i>	10/03/21	105,60
<i>Charles Nicolle</i>	10/03/21	105,60

## 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS,DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

Percevoir, traiter, apprécier, nécessaires à la profession

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 ophtalmo-pédiatrie  
de la fondation Rothschild-département  
d'Oculo-plastie

Ancien Médecin de la Banque Francaise des Yeux

د'Окуло-плаستie  
édecin de la Banque Française des Yeux

Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAK-TAK  
19, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tel: 00227 5644 / 05 22 20 20 41

Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYA TAK-TAK  
19, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tel: 00227 5644 / 05 22 20 20 41

26,40

05 EXP 05 2024

M: CHABBAB. ASMAA

SV

54

## Sérum antologique

1 gtt 8 fois par jour pdt 3 mois

**NB :Dans des flacons de tobrex= 4 flacons**

$$\begin{array}{r} 26,40 \\ \times 4 \\ \hline 105,60 \end{array}$$

des nacons de tobrex - 4 na  
no 5-6

EXP 04 2024  
PPV 26 40  
www.mc-oeil.com





Clinique de l'oeil