

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W19-425651

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 13084			
Matricule	0830	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Merzouki Idrissi Abdelhafid			
Date de naissance : 11/11/1941			
Adresse : Hay Abbadi Brikha Rue Nebnes N 166			
Télé. : 05 22 20 45 45			
Total des frais engagés : 244,40 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
<input type="checkbox"/> Conjoint	
<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affection ophtalmologique	
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.	

MUPRAS
19 DEC. 2019
ACCUEIL

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à l'obligation de faire une déclaration de maladie à la Mutuelle. **MERZOUKI IDRISI**
Fait à : **Abdelhafid** Signature de l'adhérent(e) : **Le : 1/1/2019**



EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE AAI HOURAIRA Dr. ALI ZEILI 15, Av De Caire , Temara Tél : 05.37.64.14.58	19/10/18

Docteur
ESSADKI Fahd

Ophtalmologiste
Maladies et chirurgie des yeux
Traitement au Laser



الدكتور
الصادقي فهد

اختصاصي في طب و جراحة العيون
العلاج بأشعة الليزر

Casa Le : 19/10/2019

Mme Marzouki Jemaa

Celluvisc

1 goutte, 2 fois par jour (pendant 01 mois)

CELLUVISC® 4mg/0.4ml

Colyre en récipient unidose



6 118001 030095

PPV:44DH40

Distribué par les laboratoires AFRIC-PHAR

PHARMACIE ABI HOUARIRIA

Ain Sbâa-CAS/ Tel: 0522/67550
Chabab IIA Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca
Dr. ESSADKI Fahd

الشاب IIA عمارة F7، شقة 7، شارع البعراني محمد، عين السبع - الدار البيضاء (فوق أسيما البرنوسي)

Chabab IIA, Imm F7, BD Baamrani Mohamed, Aïn Sbâa - Casablanca

E-mail : fahdессадки@gmail.com / Tél. : 0522 76 75 50/06 39 89 73 38