

## 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 canaux, 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 canaux.

#### 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.

**MUPRAS : Centre Alia Ben Abdellah - Borne Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alia Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LGI) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com**



**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 070202

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ At

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11958 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 197859

Nom & Prénom : AKBIL Zaina

Date de naissance :

Adresse : Hahitelle

Tél. : 05229912119 Total des frais engagés : 300 + 1000,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/04/2024

Nom et prénom du malade : AKBIL Zaina Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection vasculaire

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'acte médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-70202

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

Matricule : 11958

Nom de l'adhérent(e) : AKBIL

Total des frais engagés : 300 + 1

Date de dépôt :



RELEVÉ 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
23 FEB 2024	ES		3000 DH	Dr. Zhou MCHICHI Angiologue - Phlébologue 3, Rue Calavo, Rés. Al Karzani II Qt. des Hôpitaux - Casablanca Tél: 0522 27 47 45

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Zhou MCHICHI Angiologue - Phlébologue 3, Rue Calavo, Rés. Al Karzani II Qt. des Hôpitaux - Casablanca Tél: 0522 27 47 45	23 FEB 2024	Echodoppl veineux 271	1000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

50207

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Dr Zhou MCHICHI

- Angiologue - Phlébologue
- Consultations et
- Explorations vasculaires
- Traitement des varices
- Sclérothérapie - Laser Vasculaire



Casablanca, le 23 FEB 2024

DEVIS

NOM: Mme ZAINA AKBIL

ACTE : Séance de sclérose des varicosités

Prix de l'acte: 700 DH

Nombre de séance : 8 SEANCES

TOTAL: 5600 dhs SOIT CINQ MILLE SIX CENT DIRHAMS

دكتورة زهور مشيشي

فحص وتشخيص  
أمراض الشرايين والأوردة  
علاج الدوالي  
الليزر

Dr. Zhou MCHICHI  
Angiologue - Phlébologue  
3, Rue Calavo, Rés. Al Karzani II  
Qt. des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 0522 27 47 45  
www.phlebo-angio-varices.ma

www.phlebo-angio-varices.ma  
3, Rue Adil Al Haraki (ex. Calavon) Résidence Al Karzani II, 1<sup>er</sup> étage N°10, Quartier des Hôpitaux - 20360 Casablanca  
Tél: 05 22 27 47 45 - Email: dmchichi@gmail.com