

## 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| ○ Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | adhésion@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



## Déclaration de Maladie

N° W19-442339

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>12933</b>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Nizar Ibrahim</b>			
Date de naissance : <b>25/12/1992</b>			
Adresse : <b>21 Rue 1 Ibn Sina</b>			
Tél. : <b>0661298473</b>	Total des frais engagés : <b>Dhs</b>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<b>Dr. Lilia HAMOUMI CHA VET</b> Gynécologue obstétricienne 60, Rue Nebousse - Muârif - 3ème Etage Appt 11 - Casablanca - Tel : 05 22 25 18 54			
Date de consultation : <b>29.08.19</b>			
Nom et prénom du malade : <b>GODARD Floriane</b> Age : <b>13 SEP. 2019</b>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>En cas d'accident préciser les causes et circonstances</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je vous prie de bien vouloir me renseigner sous le sceau confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.  
Fait à : **Casablanca** Signature de l'adhérent(e) : **Dr. Lilia HAMOUMI CHA VET**  
**Dr. Lilia HAMOUMI CHA VET**  
Gynécologue obstétricienne  
60, Rue Nebousse - Muârif - 3ème Etage  
Appt 11 - Casablanca - Tel : 05 22 25 18 54

RECEVE DES FRAIS HONORAIRES					
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin	Attestation de Paiement des Actes
23.02.19	Dr. Lilia BOMBOA Gynécologue 69, Rue Nebouze - Toulouse App 11 - Case 158	Dr. Lilia BOMBOA Gynécologue 69, Rue Nebouze - Toulouse App 11 - Case 158	05.12.25	Dr. Lilia BOMBOA Gynécologue 69, Rue Nebouze - Toulouse App 11 - Case 158	Attestation de paiement des honoraires

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

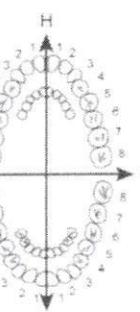
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Creation, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												

**Dr. Lilia HAMOUMI CHAUDET**  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi des grossesses normales et à haut risque  
Accouchement  
Echographie Gynécologique et Obstétricale  
Chirurgie Gynécologique  
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie  
Maladies et Cancer du sein  
Ménopause  
Infertilité du couple



**الدكتورة ليلية حمومي شوقي**  
اختصاصية في أمراض النساء والتوليد

رعاية و مراقبة الحمل  
التوليد  
الفحص بالصدى الصوتي  
جراحة أمراض النساء  
التشخيص والجراحة بالمنظار  
جراحة أمراض و سرطان الثدي  
سن اليأس  
العقم للزوجين

Ordonnance

29/09/2019

الدار البيضاء في :

Casablanca le :

Mme/Mlle :

**NOTE D'HONORAIRE**

NOM : ..... GODARD

PRENOM : ..... Pilarahne

EPOUSE : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... 08/07/1992

CONSULTATION GYNECOLOGIQUE : ..... 300

ECHOGRAPHIE PELVIENNE / OBSTETRICALE : .....

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE ..... 60

Dr. Lilia HAMOUMI CHAUDET  
Gynécologue et Obstétricienne  
60, Rue Naboussa - Huiran - 3ème étage  
Appt 11 - Casab - Tel.: 05 22 25 18 54

60 زنقة نابلس الطابق 3 - شقة 11 - معاريف - الدار البيضاء

60, Rue Naboussa - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

E-mail : hamoumichauvetlilia@gmail.com - Tél.: 05 22 25 18 54