

## 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.

Nº W19-469188

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00868

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bonelli, Fréwane ep. Slaoui

Date de naissance :

12/08/41

Adresse :

45 Bd ghenchi Casablanca

Tél. 0662 550 695

Total des frais engagés : Euro 16,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/09/19

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 29/10/19

Signature de l'adhérent(e) :

(Signature)

# QUITTANCE

CHNO DES QUINZE-VINGTS  
28, Rue DE CHARENTON  
75571 PARIS 12  
N° FINESS : 750110025

N° d'étiquette 104000180 N° Quittance 16735 Emis le : 24/09/2019  
Régie : 3 - REGIE RECETTE BURE  
Poste régie : 31  
Quittancier : 36

M Nom : SLAOUI  
A Né(e) :  
L Prenom : FRANCOISE  
A Né(e) le : 13/08/1941 A :  
D Adresse : 39 , Avenue DUQUESNE  
E

## DESTINATAIRE

SLAOUI	FRANCOISE
39 , Avenue DUQUESNE	
75007 PARIS 07	
France	

75007 PARIS 07  
France

Entré(e) le : 24/09/2019  
Sorti(e) le : 24/09/2019

Hors parcours de soins : S

A Nom/Prenom : SLAOUI	FRANCOISE
S CPAM : CPAM TOURS	N° SS : 241087654005384
S Mutuelle :	N° mutuelle :

## FRAIS EXTERNES

Date	Libellé	(Tarif)	(Coeff.)	Nb de jours ou UF	PSC	Tarif	Taux	Montant
				Nb d'actes				
24/09/2019	Consult.de specialist CS 1			1	2800 S	23,00	30	16,10 EUR
TOTAL :								16,10 EUR

Mode de paiement : EUR-CHEQUE

(\* )Montant incluant la TVA



Centre Hospitalier National  
d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts  
SOINS EXTERNES - FGC GLAUCOME  
Cachet de l'hôpital : Code Finess : 750110025  
DMT : 157