

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Optique :

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.

## 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

Reclamation : 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 à caractère 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

CA

## Déclaration de Maladie : N° P19-0003198

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **211449**

Matricule : **3128** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MASNAOUI FATHIA** Date de naissance **28.8.60**

Adresse : **3, Rue ABOU DABI Mers-SULTAN CASA**

Tél. : **0668469996** Total des frais engagés : **150 + 266,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **08 MARS 2020**

Nom et prénom du malade : **Hamza** Age : **6 mn**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Diabète**

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 : **09.03.2020** Le : **09.03.2020**

Signature de l'adhérent(e) :

**HASSNAOUI**

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 6 MARS 2020     | C                 | 1                     | 150,00                          | Dr. Hassab Chahine<br>OMNIPRACTICIAN<br>D.U. en D. Chirurgie<br>16 Rue Meulay Idriss Hay Baïda - Casablanca<br>Tél: 06 22 80 51 51<br>Fax: 06 22 80 51 51<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'état de la dentition |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie de la Beldi                  | 06/03/2020 | 246,80                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |

### 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 de l'état de la dentition

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|   |                |                  |             | <input type="text"/>    |
| <img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. A horizontal line with arrows at D and G passes through the arch. A vertical line with arrows at H and B passes through the arch. The teeth are numbered 1 through 8 in a |                |                  |             |                         |

## OMNIPRACTICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie  
 Diplôme universitaire en Diététique médicale & Nutrition  
 Diplôme universitaire en échographie clinique  
 Faculté de Médecine Montpellier France  
 ELECTROCARDIOGRAMME  
 Membre de la Société Francophone du Diabète  
 sur rendez-vous

## الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري  
 دبلوم جامعي في الحمية الطبية والتغذية  
 دبلوم جامعي في الفحص بالصدري  
 من كلية الطب مونبولي - فرنسا  
 التخطيط الكهربائي للقلب  
 عضو الجمعية الفرنسوكوفونية لمرض السكري  
 بالموعد

Casablanca, le .....

8/6 MARS 2020

الدار البيضاء، في

gme

Hamman

Fahm



16/02

Zamzam 18 H

2 EL 18 H

H

Ham chahid

AS



41,10 2)

Elia 18 H

AS

52,40 3)

mek

AS

3/8/20 4)

Zuhdi 18 H

AS

24/6/20

Tymi

AS

Dr. Hassan CHAHID  
 OMNIPRACTICIEN Echographie Clinique  
 D.U. en Diabétologie  
 Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca  
 146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca  
 06 61 20 14 20 - 05 22 80 91 91 - Urgences : 06 61 20 14 20

PPV:116DH00  
PER:01-22  
LOT:1079

SMECTA 3G  
SACHETS B30  
P.P.V : 52DH40  
LOT : 8MA563  
PER. 11 2021  
6 118000

# bronchokod

LOT:1112  
PER:06/21  
PPV:41,10DH