

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## tique :

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.

## ntaire :

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 : 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 caractére 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 047327

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 432

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : quarti Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661.11.42.43 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-047327

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter le devis traité, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez faire une photo

Veuillez inscrire le praticien dans les listes de professionnels de santé et de maternité canadienne ainsi que à tout se P.D.C.P.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE GAUCHE			<input type="button" value="Coefficient des travaux"/> <input type="button" value="Montant des soins"/> <input type="button" value="Début d'exécution"/> <input type="button" value="Fin d'exécution"/>

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		
DROITE GAUCHE HALIT	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	
	D 00000000		<input type="button" value="Coefficient des travaux"/> <input type="button" value="Montant des soins"/> <input type="button" value="Date du devis"/> <input type="button" value="Fin d'exécution"/>
	35533411	11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

*Aloussi - 24/4/2020*

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Mie

432

Nom & Prénom *OUARTI Mustapha*  
Fonction *Retraite* Phone *0661144243*

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

*OUARTI Mustapha*

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age

Date

Nature de la maladie

Date 1ère visite

*Affection oculaire*

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<i>C3</i>		<i>GT</i>

PHARMACIE Date *23/09/2019*

Montant de la facture

*174.40*

*Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Abdelmoune  
Residence Koutoubia  
Casablanca Tel/Fax: 0522.99.45.33*

*Spécialiste et  
Généraliste  
Oculiste  
Phaco 0522.39.89.73  
Dep. 6 18/4/2020*

ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

*174.40  
CACHET*

*Depuis le 22/4/2020*

# Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie  
Maladies et Chirurgie des Yeux  
Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de CASABLANCA  
EX Attaché au CHU de Nantes (France)  
Microchirurgie de l'Oeil  
Strabisme - Phacoemulsification  
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact  
Chirurgie Réfractive  
Agrée en Médecine Aero spatiale

الأستاذة لعويسى . ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

Casablanca, le :

23-3-019

OUARTI Bustroph



AS 432

144.10 - VISmed gel

l'eff 23/3



I Crusteline

30.30

174.40

Dr. LAOUISSI Nadia  
Professeur en Ophtalmologie  
Sise à 76 Boulevard Abdelmoumen  
Résidence Koutoubia  
Casablanca - Tél/Fax: 0522.99.46.07

مolinier du CAF  
pharmacie du CAF  
Mme CHAOUI SAMIRA  
Boulevard Abdellatif  
Rue Al Oukhouane - Casablanca - Tél : 05 22 39 89 73  
Casablanca - Tél : 05 22 39 89 73