

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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'ophtalmologue 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

- 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.

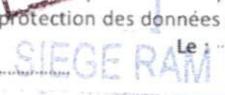
N° W19-502154

ND: 322 66

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 07470	Société : LAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ASNI Abderrahmane			
Date de naissance : 08-01-1962			
Adresse : Rue 9 Ina 19 AL-5 Agdal Casab			
Tél. : 0672 22 8333	Total des frais engagés : 300 + 186,20 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <b>Professeur Hassan El Kabli</b> <b>Professeur de l'enseignement</b> <b>Supérieur</b> <b>Médecine Interne</b> <b>CLINIQUE MERS SULTAN</b>			
Date de consultation : 18/13/2020	Age:		
Nom et prénom du malade : KSIMI Sartabat			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Sarcoïdose			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 " 10 2020			
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 : TAC DIFI SIEGE RAM Le : 06 JUL 2020  
 Signature de l'adhérent(e) : 

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
18/3/20	C 3		300 918	INP : 09 103 1836 Professeur Hassan El Kabli Professeur de l'enseignement Supérieur Faculté d'Infirmières Interne

		Date	Montant de la Facture
Cachet du Pharmacien et du Fourguisier		18/3/20	186,00

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

# Professeur Hassan El Kabli

Professeur de l'enseignement

Supérieur

Médecine Interne



الأستاذ حسن القبلي

أستاذ التعليم العالي  
الطب الباطني

Casablanca, le ..... 18 / 03 / 20 ..... الدار البيضاء ، في

Yame Ksimi Jamila

1/ Cédil 14x2 / 7 x 1mm

2) Ranicplex 20. 7/1000 x 1ml

3) Peridys 74 x 3 / 1

4) Eludril 50ml

Ros 3mm

5) 76,20

Professeur Hassan El Kabli  
Professeur de l'enseignement  
Supérieur  
Médecine Interne  
CLINIQUE MERS SULTAN

64, Bd. Omar El Idrissi ( en face du jardin murdoch ) - Casablanca

Tél : 05 22 27 02 79 - Fax : 05 22 26 79 42 - GSM : 06 61 15 72 74

E-mail : hassanelkabli@gmail.com

