

# 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.

## iologie 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.

## ctique :

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

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° P19- 048517

Optique *52482*  Autres

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2188* Société : *RAM*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *DYAE EL MOSTAFA*

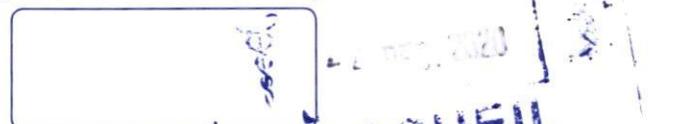
Date de naissance : *02/01/46*

Adresse : *HAY ANIGRIT RUE 18 N° 471 CASA-AIN CHOCK*

Tél. : *0666965745* Total des frais engagés : *125.30.3* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *05/11/20*

Nom et prénom du malade : *DYAE EL MOSTAFA* Age : *74*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *VACCIN SAISONIEN*

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 : *CASA LE 05/11/20 CASA* Le : *05/11/20*

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE OSCAR Dr. LAMOUDI Khadija 15 Andalous Rue 7 N° 121 Tél: 05 22 52 04 46	05.11.2020	1.25.30

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
	03.11.12			X		6

## 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JELJAÏL Mohamed  
Pédiatre - Allergologue  
36, Bd Souhaïb Erroumi  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél 0522 76.75.43

le 05/11/2020

MR DYAE ELMOUSTAFA

125,30

Vaxigrip : S.N.

1 - 3/4

T: 125,30

Docteur JELJAÏL Mohamed  
Pédiatre - Allergologue  
36, Bd Souhaïb Erroumi  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél 0522 76.75.43

PHARMACIE OSCAR  
Dr. LAMOUNI Khadija  
Hay Andalousse B Rue 7 N°121  
CASA - Tél : 05 22 52 04 46