

# 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.

## **Chirurgie 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 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

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0010433**

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4538 Société : RAMI

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL MOUDDEN Date de naissance : 25/12/1990

Adresse :

Tél. 06.64.31.52.78 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/09/2019

Nom et prénom du malade : EL MOUDDEN Hassan Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : GONALGIES G.

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 : DEBUWA Le : 23/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : GT

## **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
18/09/12	SS		200 D.H.	<i>Dr Abdennasser Chirurgien &amp; Infarctologue 336, Bd Dr. A. Léonard Casablanca Tél : 05 22 55 56 56</i>
22				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE EL DÉBOUT 244 LDZ DEMOURA DU CHIRMAN TEY RA TUNISIA 18-19/11/19</p>	18/19/11/19	369160

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

#### **(Création, remont, adjonction)**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

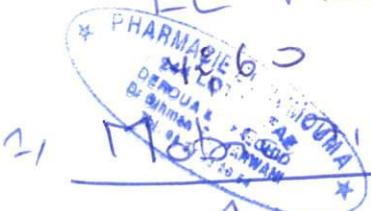


Casablanca, le :

18/09/2019

الدار البيضاء في :

EL NOUDDEN Haffouz



1. Mobiflex 5 mg CP



Acpt j المختار

37.00

2. Durastan CP



1 - 0 - 1



3. Meflex 500 mg CP



3. Newflex Cooling gel

4. Nepp - 1app - 1app



4. Mafex 300 mg CP



5. Prezolab gel



05 22 55 56 56 شارع إدريس الحاربي (شارع شجر) - سباتة - الدار البيضاء - الهاتف 336

336, Bd Driss ELHARTI (Charie Chjar) - Sbata - Casablanca

el.Cabinet : 05 22 55 56 56 - E-mail : azahar17@hotmail.com

New Care AG, CH-4452 Itingen  
EU Office: Krellerstr. 65, 81673 Muenchen / Germany

09/22

**LOT** 710

**MFD** 10/18

**ISOPHARM**

Newflex Cooling

**95,00 DH**

PPV: 96DH00

PER: 11/21

LOT: 1956-2



42,60  
PPV 42DH60  
PER 01/22  
LOT 1215

69,00 PER

LOT

Prix

PARIS - FRANCE

NER CASA ETUI

99,00 25

DULASTAN® 500 mg/2 mg  
Paracetamol / Tricosichlorose  
Boite de 20 comprimes

دوالستان

باراسيتامول / تريوكسيكلوز

بلister من 20 قرصاً

37,00