

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## **biologie 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.

## **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

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0019386**

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 01713 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ISMAILI LHASSANE Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : N° 56 EL WAHDA DEROUA

Tél. : 0661155743 Total des frais engagés : 256,22 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/08/2019

Nom et prénom du malade : ISMAILI LHASSANE Age : 64

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection définitive et limitante

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.

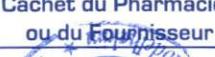
Fait à : DEROUA Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## **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
<u>07/08/2013</u>	<u>C</u>		<u>120.00</u>	 <b>Dr. Abdellah AHIZOURI</b> <b>MEDECIN GENERALISTE</b> <b>Spécialiste en Médecine du Travail</b> <b>214, Lot Al Wahda 2 - Deraa</b> <b>Tel: 05 22 51 57 08</b>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/08/19	136.20

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
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'EXECUTION**

Deroué le: 07.08.2019

ISMAELI  
LHASANG

৳৩.৫০

## 1. Forlæse 1.

$$1 \text{ Saclat } x = 1 - z^{\frac{1}{\alpha_s}}$$

Avec un grand Vévé-  
d'œil.

62.70

136-20

## 2- moster Sng

19



PFV 620H70  
PER 12421  
LOT H2397

**Dr. Abdelhak MIZOUNE**  
MÉDECIN GÉNÉRALISTE  
Spécialiste en Médecine du Travail  
244, Lot Al Wahda 2 - Deroua  
Tél: 05 22 51 57 08

214، تجزئة الوحدة 2 الدروة - الهاتف : 40 40 03 22 05

**214, Lot. Al Wahda 2 - Deroua - Tél.: 05 22 51 57 08**