

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

39227

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010350

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2869

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LA HOUIRY

Date de naissance : 01/01/58

Adresse : 29 Rue Ben Youssef - Hay Erraha

Tél. : 06 77 90 9084 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/08/2020

Nom et prénom du malade : FARITHI ATTALIMA Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection

Dermatologique

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) : .....

## **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
18/08/2020	U.S.	0	350 dh	Dr. Khalid DERMATOLOGY Angle Bd Sidi Abderrahmane et Bd Abdellatif Boutaleb Casa Tel: 0522 99 04 17
02/09/2020				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18-08-2020	200,80

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Le praticien est prié d'inscrire la dent traitée, l'opératrice et le résultat obtenu en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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  
PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 3D grid with four main vertices labeled H (top), D (bottom left), G (bottom right), and B (bottom center). The grid consists of 12 vertices arranged in a cube-like structure. Vertices are labeled with numbers 1 through 8 and letters H, D, G, and B. The labels are as follows:

- Front Face (B):** Vertices 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Back Face (H):** Vertices 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Left Face (D):** Vertices 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Right Face (G):** Vertices 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

[Création, remont, adjonction]  
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# **Docteur Khalid Lamniai**

## **SPECIALISTE**

Maladies de la peau et du cuir chevelu  
 Maladies sexuellement transmissibles  
 Médecine Esthétique

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Route d'Azemmour  
 2ème étage N° 7 Hay Hassani Casablanca  
 Tél. : 022 90.04.17 - Fax : 022 89.19.35

بـ

99,00

مور  
بيضاء

العنوان : 022 89.19.35

LIPKAR  
SURGRAS

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

18/08/2020

**MME FARIHI AHLIMA**

20,00



LOT : 075-2  
 PER : JUN 2021  
 PPV : 61 DH 80

LOT : 076-2  
 PER : JUL 2021  
 PPV : 61 DH 80

tion de mise sur Médicament

99,00

S.V

-SAVON PAIN SURGRAS ROCHE POSAY

20,00 \* 2

LAVER ET RINCER

20,00

S.V

2 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

1 FOIS PAR JOUR PDT 10 JOURS

1 JOUR SUR 2 PDT 10 JOURS

61,80

-AERIUS CP

S.V

1CP PAR JOUR PDT 15 JOURS

200,80

Dr. KHALID LAMNIAI  
 7, Bd. SIDI ABDERRAHMANE  
 Casablanca  
 Tél. : 022 90.04.17  
 Fax : 022 89.19.35

R. d.W