

# 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.

## 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 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

ND: 39437

## Déclaration de Maladie : N° P19-0004318

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5575 Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAFI FAOUFI

Date de naissance : 14-09-59

Adresse : lot - EL HAFI FAOUFI - Casablanca

Tél. : 06 20 134 823 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr EL MOUSSAOUI  
Khalil  
Medecin Généraliste

Date de consultation : 22/06/2020

Nom et prénom du malade : EL HAFI A ZELARAB Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Ense hypert 86

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 : TE

Le : 21/06/2020

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
22.6.2	G	1	150	EL MOUSSAOUI Medecin Dentiste
22.6.2	P.C	1	53	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux

CLINIQUE RIF

MEDICO -CHIRURGICALE  
242, Avenue des FAR TETOUAN  
039 99.91.42/43/44 Fax :039 99 9145

# F A C T U R E

N° 5 656 / 2020 du 22/06/2020

Nom patient	CHAFI AZELARAB	Entrée	Sortie
		22/06/2020	22/06/2020
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
ECG	1.00		100.00	100.00
INJECTION	1.00	INJ	8.00	8.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>108.00</b>
PHARMACIE	1.00		53.00	53.00
			<b>Sous-Total</b>	<b>\$3.00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>161.00</b>

Total général 161.00

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

### CENT SOIXANTE ET UN DIRHAMS

	Espèces		Total encaissé	Solde
Encaissements	161.00		161.00	0.00

CLINIQUE RUE DE  
LA CHAUMIÈRE 10  
75000 PARIS

## DETAIL DE LA PHARMACIE CONSOMMEE

24/08/2020

14:41

Nom Patient : CHAFI AZELARAB

Numéro dossier : 20F220621

Date	Produit consommé	N° BS	Quantité	Prix Unit.	Total
22/06/2020	GLOCOMEN (001)	3	2,00	10,00	20,00
22/06/2020	LANCETTE (001)	3	1,00	3,00	3,00
22/06/2020	SERINGUES 5 CC (001)	3	1,00	2,00	2,00
22/06/2020	MIDAZOLAM MERCK INJ (10)(1)	3	1,00	23,00	23,00
22/06/2020	GANT D'EXAMEN EN LATEX s (050)(1)	3	1,00	5,00	5,00
<b>Total pharmacie</b>					<b>53,00</b>

TEL: 038 30 94 06 / 13 242  
 FAX: 038 39 96 91 46  
 CLINIQUE RIF



Patient :

FC: 81/min

Axis:

RYTHME NORMAL

ECG DANS LIMITES DE LA NORMALE

.....

Intervales:

P 64 ° QRI 59 °

RR 69 is

T 50 ° 5.62

P 10 is

RAPPORT NON-CONFIRME

PQ 13 is

P (III) 0.14 is

QRS 9 is

S (IV1) -0.65 is

QT 35 is

R (IV5) 1.81 is

QTC 42 is

Sol. 2.57 is

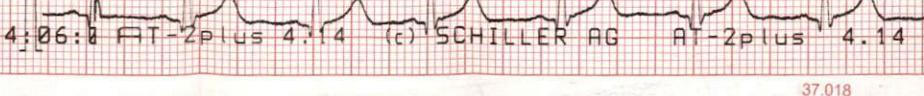
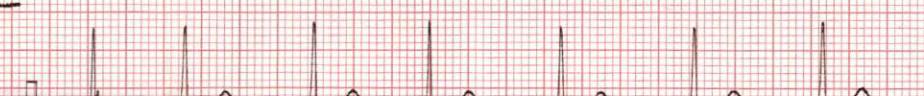
Age: .....

M / F

..... cm / ..... kg

10 mm/mili

10 mm/mV



25 mm/s

151

Lu 22-JUL-04; 06:0

FAT-2plus 4.14

(c) SCHILLER AG

AT-2plus 4.14

C