

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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

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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 767 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : LABDAA M ed

Date de naissance : 1941

Adresse : Hay El Alia Rue 3 N° 28 El ouffa Casab

Tél. : 06 65 32 84 66 Total des frais engagés : 1370 - 90

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور المروان العلوي  
الخاص في أمراض وجراحة العيون  
شارع واد درعه الائمة، السادس، 38: 75 38  
الموبايل: 0522 89 75 38

Date de consultation : 01/DEC/2020

Nom et prénom du malade : LABDAA M ed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : glaucome bilatérale O.D.C

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 : 1/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

1 DEC. 2020  
ACCUEIL

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1 DEC 2021	C.		250.00	مختصر في تبرعه 0522897538 العنوان: شارع دار الفلاح 1558 البلد: العين الإمارة: أبوظبي الرقم: 06611358 التاريخ: 05/12/2021

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAH EDDINE TBS, Bd. Saïd Saléh Qatif 30061	01/12/2021	M20.90

### ANALYSES - RADIographies

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

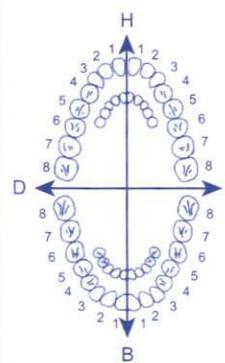
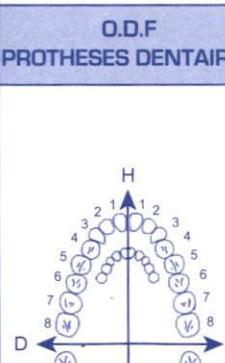
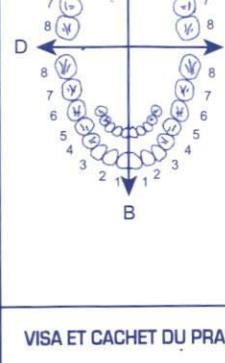
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			Coefficient des Travaux
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 35533411 11433553	G	MONTANTS DES SOINS
	D	00000000 00000000	B	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ancien Médecin Attaché à l'Hôpital Central de Nancy - France
  - Ancien Médecin des Forces Armées Royales
  - Ancien Médecin à la Fondation Internationale "AL BASSAR"

*Casablanca, le ..*

01 DEC 2

164,9024

1) accept

14 26

$$79.00 \times 3$$

2) What are

1-up /Scin

75.70 x 3

3) Zaferg

140 2 ft

الدكتور محمد طفي

LOT T009742 1  
EXP 12 2021  
PPV 164.20 DH

LOT T009742 2  
EXP 12 2021  
PPV 164.20 DH

2021  
LOT 208348  
PPC: 79.00 DHS

LOT T009742 2  
EXP 12 2021  
PPV 164.20 DH