

# 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.

## Radiologie 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.

## Rééducation :

- 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

La 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30145 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

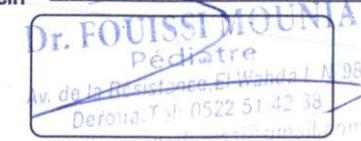
Nom & Prénom : BELLAHZADUI ABDELLAH

Date de naissance : 13/12/1981

Adresse :

Tél. : 0662 76 14 93 Total des frais engagés : 260,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/10/2022

Nom et prénom du malade : Bellahzadui Abdellah Age : 29/11/1981

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : angine

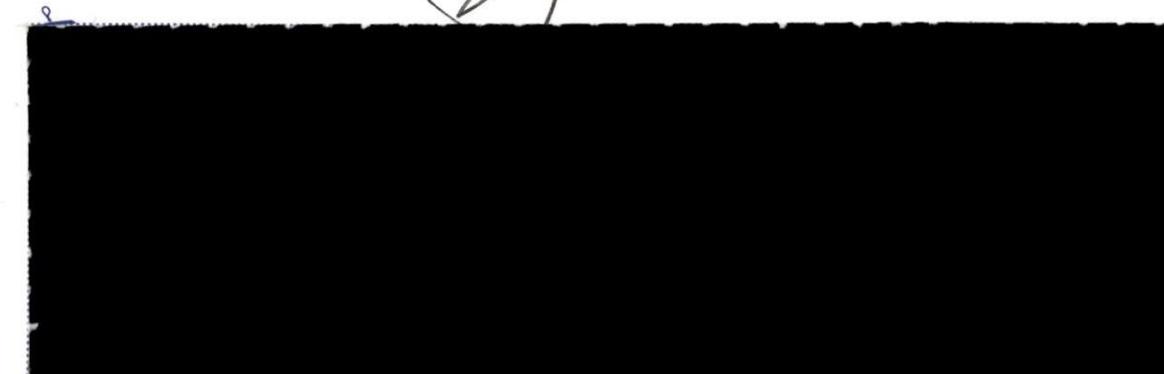
En cas d'accident préciser les causés et circonstances :

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 : CASA Le : 11/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : J.A



### 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
06/10/20	CS		200,0000	Dr. FOUISSI MOUNIA Pédiatre Av. de la Résistance El Wandal N°98 Djerba, Tél: 0522 51 42 88 e-mail: mounia.fouissi@gmail.com

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR. FOUISSI MOUNIA L'Orfèvre, El Hamra 41 Tél: 0522 51 42 88	06/10/20	60,90

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

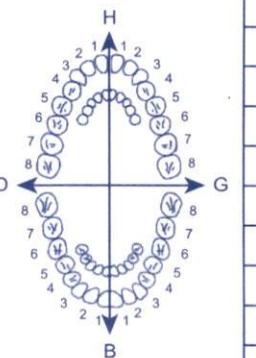
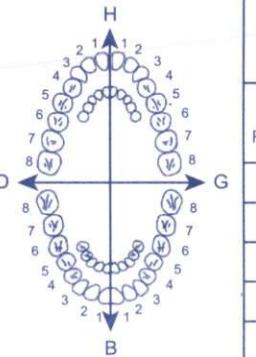
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

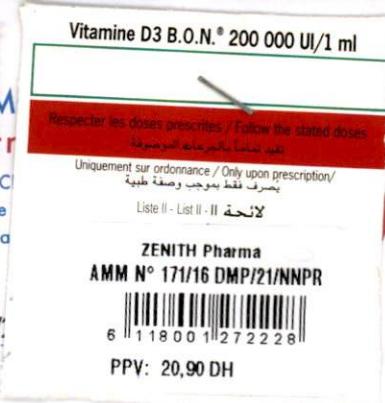
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
<p><b>ODF PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533411</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533411	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533411	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Coefficient des Travaux												
				Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'Execution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

AMYLASE® RIM  
200 U. CEIP/ml  
Flacon de 125 ml



Diplômée de la racure de  
la Pharmacie de Ca

Le : 06/10/



د. الفويسى مونية  
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع  
طبيبة مقيدة ساقبا بمستشفى ابن رشد للأطفال  
خريجة كلية الطب  
والصيدلة بالدار البيضاء.

Age : .....  
Poids : ..... 18,60

نام : L'enfant : BELLAHZAQUI ILYAS

٤٥١٥٠  
1) AMYLASE SIROP

2 CAM X3/J PDT 5J

2) VIT D3 BON 200000UI

1 AMP / AN

٢٠١٩٥

٦٠١٩٥

PHARMACIE EL OODS  
Dr. OT. Mounia Fouissi  
Loussemra, 14, Avenue de la Résistance  
Tel: 0520 040 419

DR. FOUISSI MOUNIA  
Pediatre  
Av. de la résistance, El Oodh, N° 98  
Deroua, 14, Avenue de la Résistance  
Tel: 0522 51 42 88  
E-mail: mouniafouissi@gmail.com

شارع المقاومة، الوحدة ٩٨، الدروة

Avenue de la résistance, El Wahda I, N° 98 Deroua (En face ONE Deroua)  
Tél.: 05 22 51 42 88 - Urg : 06 65 07 00 05 - E-mail : mouniafouissi@gmail.com