

# 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 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

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.

M22- 0016202

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

188589

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03090

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMORAH AHMED

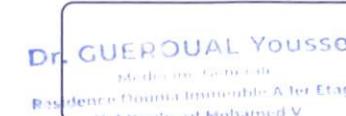
Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : 649 Hay Escala

Tél. : 0675290926

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/02/2023

Nom et prénom du malade : Hanbani Nefat

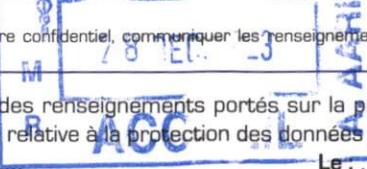
Lui-même

Conjoint

Age: .....  
 Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  


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
22/11/23				<i>Dr SIRRI ILHAM Date: 20.11.23 Oum Errabia Hay El Jadida tel: 0523352929 El Jadida</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie d'El Jadida Dr. SIRRI ILHAM Date: 20.11.23 El Jadida tél: 0523352929 El Jadida</i>		295,60

### 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 :

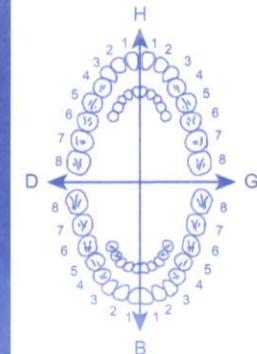
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

### ODF PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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

دبلوم الشخص بالصدري

الفحص الطبي لرخصة السيارة

الطب العام : داء السكري، ارتفاع الضغط الدموي، أمراض العظام والمفاصيل، أمراض الجهاز الهضمي  
الأمراض الجرثومية، الربو، مراقبة الحمل

Diplôme en échographie générale

Examen Médical du Permis de conduire

Médecine générale : Diabète, Hypertension arterielle, Maladies des OS et des articulations

Maladies de l'appareil digestif, Maladies infectieuses, Asthme, Suivi de grossesse.

El Jadida, le 22/11/23

Houbairi Nafet

54140

PPV 79 DHS  
22694  
2024-05

PPV 34DH70

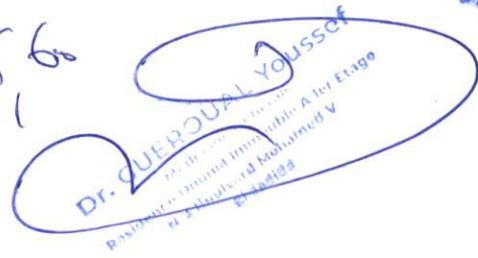
87180

Dr. GUEROUAL Youssef  
Dr. GUEROUAL Youssef  
Dr. GUEROUAL Youssef  
Dr. GUEROUAL Youssef



7) Range SOT / 100  
Up, 20%  
S.V.

295,60



Pharmacie Hdy Essaidine  
Qumm, 30, 1019 Bab Ezzouar  
Tunisie  
Imm. 20, 1019 Bab Ezzouar  
Dr. SISSI LI-HAM  
Oum El Djalil, 1019 Bab Ezzouar

4200