

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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

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.

RC  
60813

Déclaration de Maladie

N° P19-

044889/5164

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5164

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMIAH ABDEERRAHMANE

Date de naissance : 02-07-1961

Adresse : MEME ADRESSE

Tél. : 0661950331

Total des frais engagés : 1.93.800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/02/2021

Nom et prénom du malade : SAMIAH ABDEERRAHMANE Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 15/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
23/02/21	ci		Controle	DR. HALLOUIN 7, Rue Beaubien 751 05 Paris Tél. 05 71 27 94 01 / 05 71 27 94 02 Fax: 00 33 1 40 86 00 00 04

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/01/2014	693,80 ₣.

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

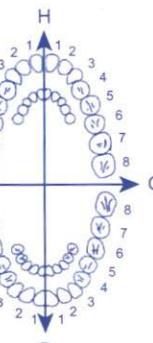
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">G</td></tr> <tr> <td></td><td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			H	25533412	21433552			00000000	00000000		D	00000000	00000000	G		35533411	11433553		B			
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000	G																			
	35533411	11433553																				
B																						
<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																						
DATE DU DEVIS				DEBUT D'EXECUTION																		
DATE DE L'EXECUTION																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		



Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins  
Hémorroïde Fistule Fissure  
Endoscopie Digestive, Echo-endoscopie  
Echographie Abdominale - Nutrition

التهاب الكبد الفيروسي ، المعدة ، المراة ، الأمعاء  
أمراض الخرج و جراحة البواسر  
الكشف بالمنظار والصدري  
التغذية العامة

Casablanca, le 23 FEB 2021

Mr SAMI H ABDERRAHMANE

132,- x 2

132,00

- 1) C-BAC 500 - g Cp  
1 Cp x 2/5 Apis neps | 132,00
- 2) Neomox 1g Cp  
1 Cp x 2/5 Apis neps | 10 jrs | 132,00
- 3) Metrozal 500 - g Cp  
1 Cp x 2/5 Apis neps | 32,50

NEOMOX®  
Amoxicilline 1g  
Boîte de 24 comprimés dispersables  
PPV : 96,80 DH  
6 118 000 190639

METROZAL®  
Métronidazole 500mg  
Boîte de 20 comprimés  
PPV : 32,50 DH  
6 118 000 190967

الخامس، الدار البيضاء - 7, Rue Bendahan - Bd Mohamed V - Casablanca

: ikramhallouly - : halloulik@gmail.com

4/ Ago Sinop-

1ca S x35

30112

PHARMACIE GASTRANT  
BIRYOUNI  
Tunisie

Dr. Ikram HALLAUIY  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil digestif  
hépatologie - endoscopie  
Tél: 06 97 64 62 99 05 22 47 16 80

