

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

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.

entaire :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 068436

N°D:

34698

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03572

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mes Hamid MESRAR

Date de naissance :

05/12/1951

Adresse :

BD M 6 MALABATA TANGER

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Fatima Zahra Wiamoul

PSYCHOLOGUE CLINIQUE - PSYCHOTHÉRAPEUTE
N°9 Place de Navarre, Imm. San Francisco,
90 040 - Tanger - Tél.: 0539 375 590

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/06/2020

Nom et prénom du malade : Mesrar Achraf Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Troubles anxieux

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) :

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.

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
18.10.61 sc 2sy 20.10.			350.00	<p>Fatima Zahra Waamoul PSYCHOLOGUE CLINICIENNE / PSYCHOTHÉRAPEUTE</p> <p>N°9 Place de Navarre, Imm. San Francisco, 90040 - Tanger - Tél.: 0539 375 590</p> <p>PSYCHOSPHERE s.a.r.l.a.u N°9 Place de Navarre, Imm. San Francisco 90040 - Tanger Tel: 05 39 37 55 90</p>

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT 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

FACTURE N° 39/P/20

Client :

M. MESRAR ACHRAF

Tanger 90000

Date de facturation : 18/06/20

PRODUITS OU PRESTATION DESIGNATION ET DATES D'EXECUTION	PRIX UNITAIRE TTC	QUANTITE	TOTAL TTC
Séance de psychothérapie le 18/06/2020	350.00	1	350.00
TOTAL TTC			350,00

La facture est arrêtée au montant de TROIS CENT
CINQUANTE DIRHAMS (350,00 DHS TTC), payée
par Espèce .


PSYCHOSPHERE s.a.r.l a.u
 N°9 Place de Navarre, Imm. San Francisco
 90040 - Tanger
 Tél.: 05 39 37 55 90