

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b> (23730)	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>09.14</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	
Nom & Prénom : <u>N. MISSA Med</u>			
Date de naissance : <u>01-06-1944</u>			
Adresse : <u>Hay Zoulay Abdellah Rue 189 N°8 Aïn Chok Casab</u>			
Tél. : <u>0522 506 699</u>	Total des frais engagés : <u>189,80</u> DHS		
+150,00			
339,80 DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>05 Fevr, 2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>N. MISSA Mohamed</u>			
Lien de parenté : <u>Elle-même</u>			
<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>			
Nature de la maladie : <u>Enflamme</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>84 MARS 2020</u>			
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

Signature de l'adhérent(e) : M. MISSA

Le : 102 / 2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																										
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																										
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
				DÉBUT D'EXÉCUTION																						
				FIN D'EXÉCUTION																						
				<b>ODF PROTHÈSES DENTAIRES</b> 																						
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> </table>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	H
				H	G																					
				25533412	21433552																					
				00000000	00000000																					
<hr/>																										
D	G																									
00000000	00000000																									
35533411	11433553																									
<hr/>																										
B	H																									
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																										
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																										
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																										
<b>DATE DE L'EXÉCUTION</b> <input type="text"/>																										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																										
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION</b>																										

Docteur Akram EL FARSSI  
Médecin Généraliste

Médecine Générale - Médecine d'urgence  
Echographie - Electrocardiogramme

المستاذ أكرم الفارسي  
طبيب عام

الطب العام - طب المستعجلات  
الفحص بالصدى - تخطيط القلب

Casablanca le : 05 Fevr 2020

Ordonnance

Mr NMISSA MOHAMMED



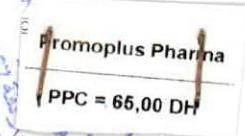
85,00

ALZOLE 20 MG GÉLULE BOÎTE DE 28  
1 gel / jr pendant 1 mois

55,00

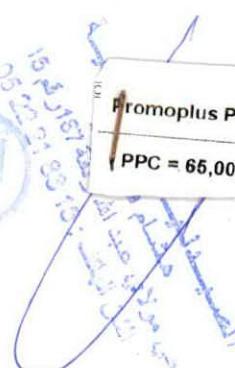
REFLUXAID STICK

1 app x2 / jr pendant 10 jours



دكتور أكرم الفارسي  
طب عام - طب المستعجلات  
الطب العام - طب الصدى -  
الطب التغذية - طب العظام -  
الطب الباطنة - طب العلاج بالصدى  
دكتور أكرم الفارسي  
طب عام - طب المستعجلات  
الطب العام - طب الصدى -  
الطب التغذية - طب العظام -  
الطب الباطنة - طب العلاج بالصدى

RSV/R



30.8

الدكتور أكرم طه السقا

طه السقا - طب العيون  
مجمع القلب، عيادة طه السقا  
العنوان: ١٤٣ شارع العباسية  
البلد: مصر

g

S.P

143

١٤٣

١٤٣

١٤٣

١٥٥  
١٥٤  
١٥٣  
١٥٢  
١٥١  
١٥٠  
١٤٩  
١٤٨  
١٤٧  
١٤٦  
١٤٥  
١٤٤  
١٤٣  
١٤٢  
١٤١  
١٤٠

١٤٣

١٤٣