

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Optique 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.

Education :

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.

Prothétique :

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

CA

57657

Déclaration de Maladie : N° S19-0000598

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11234 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MARNASSI Naoufeline Date de naissance : 22/08/1967

Adresse : lot 2 lineb N°18 APP 06 ouelfia Casab

Tél. : 0664 686153 Total des frais engagés : 11515,99 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*DR ABID Abderrahmane
55, Bd Zerkoune Casablanca
Tel: 0522 498808*

Date de consultation : 26/01/2021

Nom et prénom du malade : MARNASSI Salma

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Refuse

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 : ACCUEIL SIEGE RAM Le : 28 JAN 2021

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
26/01/2021	3		300,00	<i>Dr. B. Asablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>INPE 8092065440</i>	26/01/2021	215,20

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.

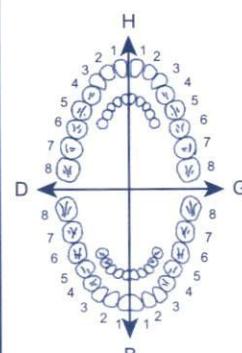
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



[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



PPC: 79,00 DH

79,00

le 06.01.2011

sal my

13 ans $\frac{1}{2}$ mois.

(36 kg)

~~Opératoire~~ SPM

1 en 3 mois à 4 mois pour

Q Append R 3 à 5 mois
16m 2 mois pour

Q NASTON exp. R 3 mois

Placut de 120 doses
PPV: 136,20 DH
Distribution par Men

Dr ABID Abderrahmane
Pédiatre
55, Bd Zerktouni Casablanca
Tél: 0522 49 08 08

Pédiatrie Générale - Pneumo-Allergologie
Maladies Infectieuses - Immunologie Clinique - Vaccinologie

Consultations sur rendez-vous

Lundi, Mercredi : Horaire normal de 9H à 12H et de 14H à 17H
Mardi, Jeudi, Vendredi et Samedi : Horaire continu de 9H à 13H

55, Boulevard Zerktouni, 2^{ème} étage, N° 8 شارع الزرقطوني، الطالب الثاني، رقم

Tél & Fax : 05 22 49 08 08 - E-mail : abid.abrhm@gmail.com

215, 20
Pour