

# INFORMATIONS 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.

## 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.

## Prothèses :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie Chronique 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

Information : contact@mupras.com  
En charge : pec@mupras.com  
En et changement de statut : adhesion@mupras.com

Respectant le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3291

Société : RAM (Ghoulam)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMIRA GHOUMAJ

Date de naissance : 22/07/1968

Adresse : Ben mousa Hay el oods RFS FASR im 11 Hm

casablanca  
Tél. : 05 22 78 77-65

Total des frais engagés : 390.07 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/03/2021

Nom et prénom du malade : Mme Ghoumaj Samira Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie aiguë

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 : Casablanca

Le : 19/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



ACCUEIL

## 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
19-03-21	CS		150.00	La date de la facture est la date de paiement. Le Médecin a été payé par la Sécurité Sociale le 17/03/2021. Le Médecin a été payé par la Sécurité Sociale le 17/03/2021.

INPE: 091248286

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. MUKHIAD AMIN 4 mm - Toulad Farah - Casablanca	19/03/2021	210,00

## 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 l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT



Casablanca, le : 19-03-2021 ..... الدار البيضاء في :

Ghoulmaj Samira



116,00 1- Zamox 1g sachets

1 sachet x 2/g pdt 8,5

47,00 2- Predni 20 cp

3cp le matin pdt 3,5



15,30 3- Dolamine cp

1 cp x 2/g



21,80 4- Polydex a souffle au valeren

2g souffle x 2/g



14,40 5 - Rennie

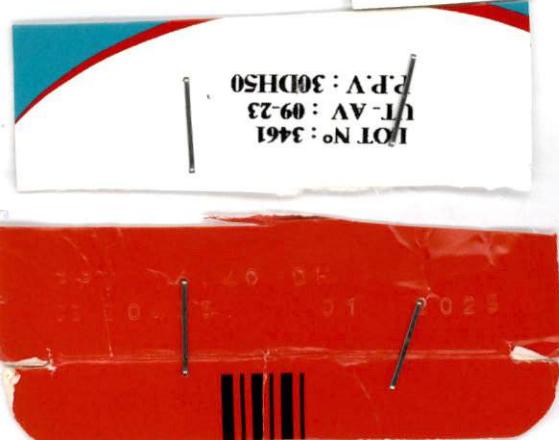
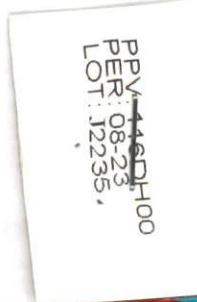
1 cp x 3/g



30,50 6 - Agoo 500 mg 3cp x 3/g

1 cp x 3/g





1,80