

RECOMMANDATIONS 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-453190

ND: 98403 .

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	10072	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HAMMI ABDELLAH
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 68 78 72 / 2		Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. Mohamed AGOUB Professeur de Psychiatrie TPA - Clinique Villa des Lilas Tel: 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36 KINE 9035493 </div>			
Date de consultation :			
30/09/2019			
Nom et prénom du malade :			
Hammami Nabil			
Age: 48			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Anxiété			
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.			

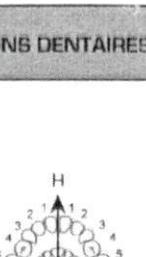
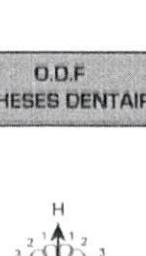
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
30/9/2019	Psych	5	350	INP : 091035103 Dr. Mohamed AGOUB Professeur de Psychiatrie Centre Villa des Lilas Téléphone 03 67 99 36

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.									
 SOINS DENTAIRES				INP : <input type="text"/>					
				Dents Traitées		Nature des Soins		Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
 ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE							
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B							
		[Création, remont, adjonction]							
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>					

Casablanca, le 30/9/2014

Dr. Mohamed AGOUB

Professeur de Psychiatrie

TPA - Clinique Villa des Lilas

Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36

INPE : 91035493

Hammoud Nasser

N° 26.80

1/

ESiplex 10



12 gr / 5 x 6

Ans 1g le mat

2/ Anx 0.66

12 gr 5 x 6

Traitement de 2 mois

Dr. Mohamed AGOUB

Professeur de Psychiatrie

TPA - Clinique Villa des Lilas

Tél : 05 22 77 41 70 - 06 63 67 99 36

INPE : 91035493

126,80

DOT 210981 1
EXP 4 2023
PPV 126.80