

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0057525

13/09/92

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09658

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LATIFINE MUSTAPHA -

Date de naissance : 01-01-30 1961

Adresse : TAMILA 4 Rue 84 N°3a Casablanca

Tél. : 0661515358 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05 / 09 / 2022

Nom et prénom du malade : Fadil Atika Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 05/09/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Le 05/10/2022

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 05/09/2022 | | | Gratuit | <i>Dr. Abdelemoun N. Suleiman Babia 4eme Etage Tunis - Tunisie Tel : 0522980315</i> |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| <u>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</u> | Date | Désignation des Coefficients | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram shows a 10x10 grid of circles arranged in two concentric rings. The outer ring has 40 circles and the inner ring has 16 circles. The circles are labeled with numbers 1 through 8 and letters D, G, H, and B. The labels are as follows:

- Row 1 (top):** H (top), 1 (top-left), 2 (top-right), H (top-right).
- Row 2:** 1 (left), 2 (center), 1 (right), 2 (right).
- Row 3:** 2 (left), 3 (center), 2 (right), 3 (right).
- Row 4:** 3 (left), 4 (center), 3 (right), 4 (right).
- Row 5:** 4 (left), 5 (center), 4 (right), 5 (right).
- Row 6:** 5 (left), 6 (center), 5 (right), 6 (right).
- Row 7:** 6 (left), 7 (center), 6 (right), 7 (right).
- Row 8:** 7 (left), 8 (center), 7 (right), 8 (right).
- Row 9:** 8 (left), 8 (center), 8 (right), 8 (right).
- Row 10 (bottom):** 8 (left), 7 (center), 8 (right), 7 (right).

The letter labels D, G, H, and B are positioned at the intersections of the grid lines, corresponding to the center of each row and column.

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

