

## 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

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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10513

Société : R.A.M

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : LOUAFI

SAÏD

Date de naissance :

16/04/71

Adresse : LOT BLAD CHAMA N°4 OULFA

Tél. : 0662569324

Total des frais engagés : 1182,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

LouAFI HAJ n°1 Ghali

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

affection dans le gyn

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

DAS

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.

25 OCT 2019

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 : CASAB

Le : 25/10/19

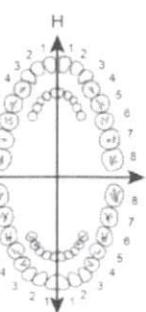
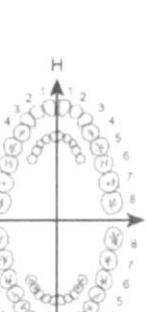
Signature de l'adhérent(e) :



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
18				INP : 09104-386
20		1	255,-	
2019				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharm Bel Tunisie CASABLANCA Tél: 0522 90 1899	18.10.19	232,70 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	00000000	00000000		D	00000000	00000000	35533411	11433553		B		
H	25533412	21433552																		
00000000	00000000																			
D	00000000	00000000																		
35533411	11433553																			
B																				
		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"/>																		

Docteur Adil Fath Allah  
Pédiatre

Ancien Médecin au CHU Ibn Rochd  
Ex-Chef de service de Pédiatrie Hôpital Hassani



الدكتور عادل فتح الله  
إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
طبيب سابق بمستشفى الأطفال ابن رشد  
رئيس سابق لقسم الأطفال بمستشفى الحسيني

## Pharmacie TAM

Dr. Bennani Jaafar  
302, Bd Oued Sebou - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél: 0522 90 18 99

Casablanca le : ..... 18/10/19

Fucidine® 2%  
crème Tube de 15 g

39,70

39,70

Louafi - Mohamed - ghali

Dr. Bennani Jaafar  
302, Bd Oued Sebou - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél: 0522 90 18 99

rapp x 2 / 40g

Maphar  
Km 10, Route Côtierre 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH

6118001 180745

NOVOPHARMA LOT

UT.AV P.P.V

140,00

140,00

3 / Mettre

232,70

Daktarin gel buccal

rapp x 3 / 40g

rapp de fin