

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être correctement 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 : 7697

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDALLAH

RETRAITE
EL RHASSOULI

Date de naissance : Haj FATH S N°19 OULFA

Adresse : casa

Tél. : 06 207 162 63 Total des frais engagés :

643,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL RHASSOULI NORA Age : 14/18/70

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : casa

Le : 30/07/23

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
TE PHARMACEUTIQUE CA - BLAICHE Lalla Haj fath Rue 65 Casablanca - Tel: 0222931824	30/01/23	643,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram showing a 5x8 grid of numbered circles (1-8) arranged in a pattern. The grid is centered at the origin of a coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'G' to the right, and the diagonal axis is labeled 'B' at the bottom. Arrows point from the labels to their respective axes. The grid consists of 40 circles, with some positions empty and others containing a number from 1 to 8. The numbers are arranged as follows:

Row	1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	2	1	2	3	4	5	6
2	3	4	5	6	7	8	1	2
3	5	6	7	8	1	2	3	4
4	6	7	8	1	2	3	4	5
5	7	8	1	2	3	4	5	6

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M. ELRHASSOUL
NORA

STEPHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lots. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28
IPE: 092030261

Le 30/11/23

Facture N° 59

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	Novorapid FlexPen	571,00	571,00
01	DéTensiel	72,00	72,00
			643,00

STEPHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

8-9670-73-270-2
NovoRapid® FlexPen®
100 U/ml
Solutio injectable
5 stylos pré-remplis de 3 ml
PPV : 571,00 DH

