

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

- Reclamation : 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.

M22- 0058718

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3413

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : GHAOUTA

ABDELOUAHAB

Date de naissance : 01-01-1958

Adresse : Lotissement EL WATAKA n° H91

Téléphone : 06 63 01 90 69

Total des frais engagés : 66,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

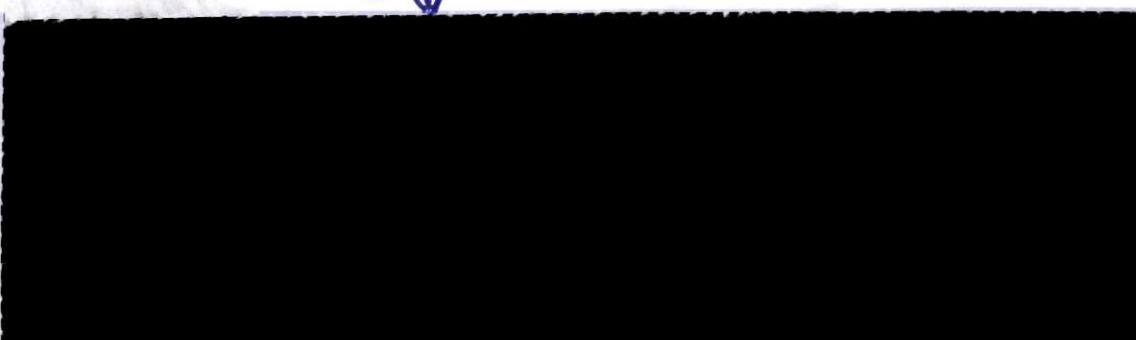
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : DR ROMA Le : 01/03/2023

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
LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Imm. 94, lot NAIT N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07 INPE : 06 20 74 810	01.03.23	66.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Montants des Soins
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Début d'Execution
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Fin d'Execution
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Coefficient des Travaux
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Montants des Soins
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Date du Devis
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et symboles pour les racines et les canaux.	Date de l'Execution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LA PHARMACIE REGIONALE

DEROUA

FACTURE

Pour Mr :

Facture N° : 137991

Date : 01 - 03 - 9693

Art	Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Montant
1	Rhumix	1	22,00	22,00
2	Doliprane 1g CP	1	14,00	14,00
3	Imodium CP	1	30,00	30,00

IMODIUM 2MG GELULE
 20 GEL
 P.P.V: 30DH50
 PER: 10/2027
 LOT: 22/013
 6 118000 010845

PPV: 14DH00
 PER: 02/26
 LOT: M547

Rhumix®
 Boîte de 10 sachets
 P.P.V.: 22,00 DH
 6 118000 191032

LA PHARMACIE REGIONALE
 Dr. Saad BEN YOUSSEF
 Imm. 94, Lot NAIT N° 4-DEROUA
 Tél: 05 22 51 47 07
 INPE: 06 20 74 810

Montant	66,00
T.V.A	
TOTAL T.T.C	66,00

Arrête la présente facture à la somme de :