

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

- 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

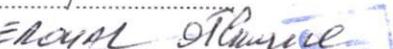
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>7103</u>	Société : <u>ABBB</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>ZEROUAL ABDELLAH</u>	
Date de naissance : <u>01/11/1960</u>	
Adresse : <u>LOT WAFAG 14281 Densuor</u>	
Tél. : <u>06624356412</u>	Total des frais engagés : Dhs

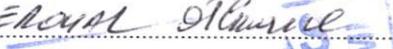
Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1/10/2019

Nom et prénom du malade : ZEROUAL ABDELLAH 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 : Densuor Le : 30/10/2023

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
	30-5-2013	741.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D** (Distal): Lower left quadrant.
- G** (Gingival): Upper right quadrant.
- B** (Buccal): Lower right quadrant.
- H** (Hypoglossal): Upper left quadrant.

The teeth are numbered 1 through 8 in a clockwise sequence starting from the upper central incisors. The numbers are placed near the corresponding teeth in each quadrant.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M..... Zouard Sthm

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deraouia 95.22.53.00.54

Le 30-5-23

Facture N° 82

Quantité	Désignation	Prix	Montant
1	Fluvalog Mix 100	111.00	111.00
2	Fluvalog Mix 100	111.00	222.00
1	Fluvalog Mix 100	75.00	75.00
Total			448.00

LOT D467103E.4
UT AV 10 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D467103E.4
UT AV 08 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

LOT D455069N.8
UT AV 07 2024
PPV 111.00 DH

Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم
نووارهای تست قند خون

25

Test Strips

Bandelettes
réactives

شرابط اختبار
نوار تست

**NO
CODING**

SANS CODAGE



Contour™ plus

كونتور بلص / كنتور بلس

Blood Glucose Test Strips

Bandelettes réactives de glycémie

شرابط اختبار جلوكوز الدم

نووارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'autosurveillance
للاختبار ذاتي • جهت خود پايشي



2797



0°C



IVD

30°C



5 016003 763502

CONTROL N 109-141 mg/dL

CONTROL L 37-47 mg/dL

CONTROL H 319-414 mg/dL

LOT DP2DQHC34B

2024-04