

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.

M22- 0025376

183793

Optique

Autres

Dentaire

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1803 Société : R.A.M./Eg. RBA

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BELAFKIH Mansour

Date de naissance : 02/01/1952

Adresse : Route Kenitra Itay, chmaâou ARCA, SALA

Tél. : 0661862111 Total des frais engagés : 75,70 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 : Le : 20/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

Le 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

~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Feuillisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Yassine Hay Chemlal Pharmacie de Moudha Le Yacoubie - Tel : 0531 87 87 17 Mobile : 00042427300930	102057280 20-11-23	470

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch from a top-down perspective, featuring a series of numbered teeth arranged in a loop. The numbers are placed as follows: 1 at the upper central incisors, 2 at the upper lateral incisors, 3 at the upper canine, 4 at the upper first molar, 5 at the upper second molar, 6 at the upper third molar, 7 at the lower third molar, 8 at the lower second molar, 7 at the lower canine, 6 at the lower first molar, 5 at the lower second molar, 4 at the lower third molar, 3 at the lower lateral incisors, 2 at the lower central incisors, and 1 at the lower canine. The letters H, D, G, and B are positioned at the top, left, right, and bottom respectively, indicating the cardinal directions.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE YACOUT

ICE : 000424273000038

PATENTE : 29420795

R.C : 15938

Inpe : 102057288

Tel : 0537878717

Facture

Le 20-11-23

Mme Adlifi Nadia

Dr. Kabbaj Sanae
Pharmacie Yacout
Cplex Yacout Rue de Mahdia, Hay Chemaou
Sale : 0537 87 87 17
ICE : 000424273000038

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix Total
1	Rhumix	22,00	22,00
1	Godaliprone	22,20	22,20
1	Indopharm 100	21,20	21,20
1	Doliprone 60 cps.	20,30	20,30
			21,20
			10,30

Total : 41,30

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Soixante quinze dh et cinquante dix cent.

Dr. Kabbaj Sanae
Pharmacie Yacout
Cplex Yacout Rue de Mahdia, Hay Chemaou
Sale : 0537 87 87 17
ICE : 000424273000038

INPE : 102057288