

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 562 Société : RAS

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : ETHER RATHI

Date de naissance : 11/11/1938

Adresse : 302 Bd 2 entouré

Tél. : 0665112222 Total des frais engagés : 200,10 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 : ETHRA Le : 11/10/2021

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 |
|---|------------|-----------------------|
|  | 06/03/2024 | 240,10 |

ANALYSES - RADIOPHOTOGRAPHIES

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 |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|---|----------|
| D | H |
| | 25533412 |
| | 00000000 |
| | 00000000 |
| | 00000000 |
| | 35533411 |
| | 11433553 |

The diagram shows a circle divided into four quadrants by arrows pointing in opposite directions. The numbers 1 through 12 are arranged in a clockwise pattern around the circle. The quadrants are labeled with arrows:

- D**: Downward arrow, containing numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
- G**: Rightward arrow, containing numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
- H**: Upward arrow, containing numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
- B**: Leftward arrow, containing numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

[Création, remont, adjonction]

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PH.CROIX DU SUD

MME KTIRI JOUNDY FATIMA

62 RUE MED SEDKI

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35424065

N° R.C. : 372691 N° CNSS : 1175638

N° ID.F. : 20763230 N° ICE 001727771000005

Tel : 022277534

Fax 022208027

MR CERRADI ABDERAHMANE

I.C.E. :

Le : 06/03/2024

FACTURE N°: 10720/24

| Qté | Désignation | Prix | TVA | Montant |
|-----|---------------------------|-------|-----|---------|
| 1 | AMLOR 5MG B 28CPS | 89,20 | | 89,20 |
| 1 | ASPEGIC 100MG /20 SACHETS | 21,80 | 7 | 21,80 |
| 1 | TANAKAN 40MG /30CPS | 71,30 | 7 | 71,30 |
| 1 | TORVA 10MG B30 | 57,80 | | 57,80 |

TVA 7%: 6.09 Total : 240,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

DEUX CENT QUARANTE DIRHAMS ET DIX CTS

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V : 210,80

6 118000 061113

LOT : 230101
PER : 30/07/2026
TANAKAN 40MG
CP ENR B30
P.P.V : 71,80

6 118000 011545

