

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 11873 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre : Venka 252623

Nom & Prénom : WASSOU ZINEB

Date de naissance : 1945

Adresse : 72, q1 MAZOLA, Rue 1, 11 HASSANI - CASA

Tél. : 0663 61025 16 Total des frais engagés : 3000 + 133 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : AA-2024

Nom et prénom du malade : WASSOU ZINEB Age : 1945

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 : CASABLANCA

Le : 14/02/2024

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
01/08/2010	Acte de SO	1 x F0	300,00	Malika BOUKHAR OPHTALMOLOGISTE Bd Oum Rabii Rés. Al Firdas Imme 130. Etage 1. Suite - Cassablanca Tél: 05 22 91 41 11 Agree Pour Le Permis
02/08/2010				
26/08/2010				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/02/2024	133,00

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'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and various anatomical features. Key points include:

- H:** High point at the top center.
- D:** Dorsum (top) indicated by a horizontal arrow pointing left.
- G:** Guttural (inner) indicated by a horizontal arrow pointing right.
- B:** Buccal (cheek) indicated by a vertical arrow pointing down.
- L:** Lingual (tongue) indicated by a vertical arrow pointing up.
- P:** Palatal (palate) indicated by a vertical arrow pointing right.
- V:** Velar (soft palate) indicated by a vertical arrow pointing left.
- Y:** Yugal (cheekbone) indicated by a vertical arrow pointing up.
- W:** Jugular (jawbone) indicated by a vertical arrow pointing down.
- N:** Nasal (nose) indicated by a vertical arrow pointing right.
- S:** Subnasal (under nose) indicated by a vertical arrow pointing left.
- T:** Temporal (temple) indicated by a vertical arrow pointing up.
- R:** Rami (ramus) indicated by a vertical arrow pointing down.
- M:** Mental (chin) indicated by a vertical arrow pointing right.
- A:** Anterior (front) indicated by a horizontal arrow pointing left.
- O:** Orbit (eye socket) indicated by a vertical arrow pointing up.
- E:** External (outer) indicated by a horizontal arrow pointing right.
- I:** Internal (inner) indicated by a horizontal arrow pointing left.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION