

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 Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : 01-089 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ESSOURIYA DOLHAMMOU

Date de naissance : 21/01/1948

Adresse : 149 Lot CHAMA BERRECHID 26100

Tél. : 0664172462 Total des frais engagés : 52,10

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A CHAT Libre

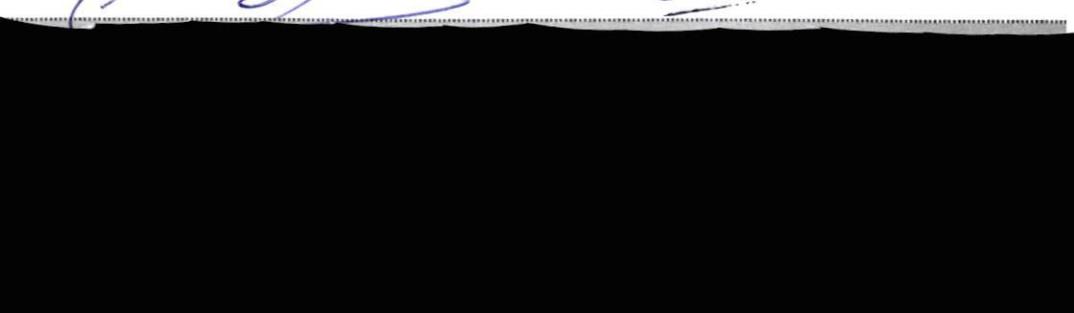
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je décl
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 10/02/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ <i>Al Faraj</i> 96, Lot Al Faraj-Berrechid T: 0522 03 49 09 - Gsm: 0620 91 88 19 | 09/02/2021 | 52,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES 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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|--|----------|--|----------|----------|---|--|---|--|------------------------------------|
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | G | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | G | | MONTANTS DES COINCS |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates a dental arch with 12 pairs of teeth, each labeled with a number and a letter. The upper arch (maxilla) has pairs 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, and 16. The lower arch (mandible) has pairs 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, and 12. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on each side being the most prominent. The numbers and letters are placed to the left of the upper arch and to the right of the lower arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Facture N° 0009896

M: Med. Chouiga

09/02/2021

| Quantité | Désignation | P/Unit. | P. Total |
|----------|-------------|---------|--------------------|
| 1 | Kémid 500 | 30,10 | 30,10 |
| 1 | Céadol 500 | 22,00 | 22,00 |
| | | | <u>Total</u> 52,10 |

LOT : 1295
 PER : 06/22
 PPV : 30,10 DH

22,00

Arrête la présente facture
 à la somme de cinquante
 deux dirham et dix centimes

PHARMACIE
 DU QUARTIER AL FARAJ

96, Bd Al.Faraj-Berrechid

Tél: 0522 53 49 09 - GSM: 0620 91 89 10