

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.

62718

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>01082</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>CHOUQUA MOHAMMED</u>
Nom & Prénom : <u>CHOUQUA MOHAMMED</u>		Date de naissance : <u>01/01/1948</u>	
Adresse : <u>149 LOT CHANA BERAOU, 10</u>		Tél. : <u>0664172462</u>	
		Total des frais engagés : <u>44,20</u>	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : <u>/</u>		
Nom et prénom du malade : <u>ACHAAT</u> Age : <u>60</u>		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : <u>ACCUEIL</u>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>ACCUEIL</u>		
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 : BERAOU Le : 01/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : 27



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 96 Al. Al.Faraj-Berrechid 0522 52 49 09 - Gsm: 0620 91 89	01/02/2021	44, 80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte et la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in two rows: upper teeth (1-12) and lower teeth (13-24). The arch is oriented with a vertical axis (H) pointing upwards, a horizontal axis (D-G) pointing to the left, and a diagonal axis (B) pointing downwards and to the right. The teeth are numbered sequentially from 1 to 24, with 1 at the top center, 2 on the top left and bottom right, 3 on the top left and bottom right, 4 on the top left and bottom right, 5 on the top left and bottom right, 6 on the top left and bottom right, 7 on the top left and bottom right, 8 on the top left and bottom right, 9 on the top left and bottom right, 10 on the top left and bottom right, 11 on the top left and bottom right, 12 on the top left and bottom right, 13 on the top right and bottom left, 14 on the top right and bottom left, 15 on the top right and bottom left, 16 on the top right and bottom left, 17 on the top right and bottom left, 18 on the top right and bottom left, 19 on the top right and bottom left, 20 on the top right and bottom left, 21 on the top right and bottom left, 22 on the top right and bottom left, 23 on the top right and bottom left, and 24 on the top right and bottom left.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Fact 33897

Med Change
01/02/21

Quantité	Désignation	P.Unit.	P. Total
1	Cédel ep	22,00	22,00
1	Cadoliprane	22,00	22,00
22,00			Total 44,00
<p>Annexe la présente facture à la somme de quarante quatre dirhams et vingt centimes</p>			
PPV: 22DH20 PER: 10/22 LOT: J2911			
PHARMACIE DU QUARTIER AL FARAJ 961 lot Al Faraj-Berrechid T: 0523 53 49 09 - Pst: 0620 91 00 13			