

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Thérapie :

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0036289

Optique *69171* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *2582* Société : *RAM*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *HOURI Al Amra*

Date de naissance : *01/01/1946*

Adresse : *90, Residance Nom Amra*

Sidi Bouzid / El Jadida

Tél. : Total des frais engagés : *45,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achat libre

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : *52*

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Comptine Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *El Jadida*



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 : *El Jadida* Le : *20/04/21*

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
 Dr. M. Sidi Bouzid Ab. 200 Rue Sidi El Jadida Tél : 05 23 31 69 88	20/04/20	115.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the H-G-B coordinate system. The vertical axis is labeled H at the top, the horizontal axis is labeled G on the right, and the diagonal axis is labeled B at the bottom. Points are numbered 1 through 15 and are arranged as follows: point 1 is at the top vertex; points 2 and 12 are on the upper arc; points 3 and 4 are on the left arc; points 5 and 6 are on the lower arc; points 7 and 8 are on the right arc; points 9 and 10 are on the upper-right arc; points 11 and 13 are on the lower-right arc; and points 14 and 15 are on the lower-left arc.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE INESS
DR MARIJ SIHAM
N:5 MOSQUEE SIDI BOUZID EL JADIDA

Tél : 0523348030

29/04/2021

GHAZLANE AICHA

FACTURE N° : 11600 du 29/04/2021

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	POLERY SPAD	23,90	23,90	7%
1	MIGRALGINE COMP	21,50	21,50	7%
Total TTC				45,40

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUARANTE CINQ DIRHAMS ET QUARANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	42,43	2,97	45,40
		42,43	2,97	45,40



**POLERY
ADULTES**

LOT:524
PER:10/22
PPV:23,90DH

Pharmacie INESS
Dr. Marij Siham
Av. Tait Mosquée Sidi Bouzid
Tél : 05 23 34 80 30 - El Jadida