

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2582

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Houari Abderrahmane

Date de naissance :

01/02/1946

Adresse :

90, Résidence Nour Ouirra
M. Allal Ben Abdellah / EL Jadida

Tél. : 06 72 83 51 37

Total des frais engagés : 37,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Rhaghaie Bicha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

achat libre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

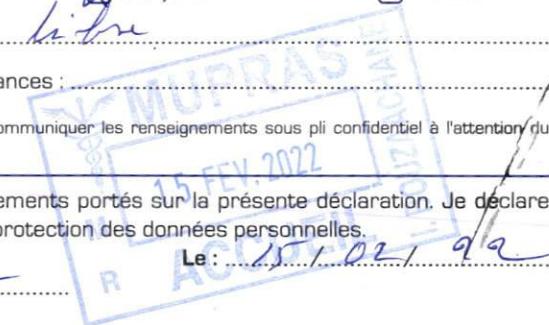
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : El Jadida

Le : 15/02/2022

Signature de l'adhérent(e) : J. B.



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
 PHARMACIE HACH AMRANI 65, Lot. El SIDI BOU SISS	4/02/2024	37,80

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 canalaire, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
0000000000	0000000000
25533411	11433553

A diagram showing a 12x12 grid of 144 numbered circles (1-12) arranged in a spiral pattern. The grid is centered at (6,6). The axes are labeled D (left), G (right), and H (up). The grid is bounded by the following coordinates:

Row	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1
4	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2
5	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
6	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4
7	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5
8	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6
9	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
10	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
11	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <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;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	00000000												
G	35533411	11433553												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

AMRANI MOHCINE

Docteur en Pharmacie

65, Lot EL KAMAL SIDI BOUZID - Tél. : 0523 34 86 75 - GSM : 0678 10 40 27

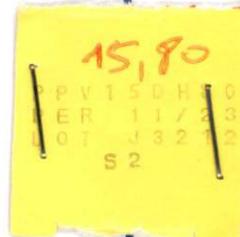
E-mail : haciendaamrani@gmail.com - Patente 42160328 - RC : 17634

Rhaz laas Aïcha

FACTURE

El Jadida, le 4/10/2022

<u>MEDICAMENTS</u>	<u>Qté</u>	<u>P.U</u>	<u>P.Total</u>
Perme x ml btl	0.1	22,00	22,00
Dolipr 1g x 10	0.1	15,80	15,80



Arrêtée la présente facture à la somme de : 37,80

Indications :

Grippe, rhume, fièvre, coryza, courbatures, refroidissements.

Lire notice intérieure.

Posologie :

Selon prescription du médecin.

En général, 1 à 3 sachets maximum par jour.

Mode d'emploi :

*Diluer le contenu du sachet dans un verre d'eau,
bien mélanger et boire immédiatement.*

Rhumix®
Boîte de 10 sachets

P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032