

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

Autres

*MUPRAS
RECEPTION*

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4586

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNI HASSAN

Date de naissance : 01-07-1960

Adresse : Bloc 4 - n° 12 DEROUA

Tél. : 664249673 Total des frais engagés : 77,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : Conjoint Enfant

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie : Accident

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : D.B JUIN 2022

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 : CASA Le : 01-06-2022

Signature : [Signature]

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 PRINCIPALE DEROUA sarl au 7loc U N° 1 Daroua 05 22 53 20 83 049476861 - 10922	09/06/2022	77,50

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'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A dental arch diagram showing a top arch and a bottom arch. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical line labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom represents the midline. A horizontal line labeled 'D' on the left and 'C' on the right represents the dental arch. The teeth are arranged in a curve, with the upper arch being more convex and the lower arch more concave.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ALGANTIL® 200 mg 20 comprimés effervescents

PPV 26DH80 EXP 01/2024
LOT 00012 2

IXOR® 10 mg 7 comprimés effervescents

PPV 25DH20
EXP 01/2023
LOT 08021 1

TOPINE GEL
FLUOCINONIDE

25,50

الصيدلية الرئـ acie PRINCIPALE

Deroua, le

01/06/2022

slimane Lalla

cien

FACTURE

Nº 0001723

Mr : RAHMANI - HASSAN

QUANTITE	DESIGNATION	Prix	TOTAL
01	Algantil® eff	8,80	8,80
01	Topine gel	15,50	15,50
01	IXOR 10 mg 7	25,20	25,20
			70,50

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA
BLOC 1 DEROUA
SANTÉ
TÉL : 33.90.97 et 33.90.83
Patente : 55801770 - R.C. : 2760 - C.N.S.S. : 2244979