

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 : 4797 Société : RAO

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADIL Rhamka

Date de naissance :

17-12-1973

Adresse :

18 Av. Hassan II

Tél. :

Total des frais engagés : 250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/08/2022

Nom et prénom du malade : SEDUKIONI cheikh Age : 1943

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture de l'humérus avec luxation

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 :

Le : / /

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
01/01/2022	U		2004	Dr Kamal Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue Rue de la Paix 100 Tél : 06 81 26 77 80

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552 00000000 00000000
	00000000 00000000 35533411 11433553

A diagram showing a 12x12 grid of numbered circles. The grid is bounded by a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and a vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The grid contains the following numbers:

- Row 1: 2, 1, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
- Row 3: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
- Row 4: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
- Row 5: 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17
- Row 6: 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18
- Row 7: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19
- Row 8: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20
- Row 9: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21
- Row 10: 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
- Row 11: 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23
- Row 12: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة ملوية

Clinique Moulouya

01/08/2022

Berkane, le

Dr Kamal ADNANI
Chirurgie Traumatologique
et Orthopédique

FACTURE

NOM **SEDDKIOUI CHERIFA**

CONSULTATION 200,00

RADIOGRAPHIE DU POIGNET 150,00

TOTAL 350,00

Arrête la présente facture à la somme de : trois cents cinquante dirhams

Dr.Kamal ADNANI
Chirurgien Orthopédique
et Traumatologique
7 Rue de la paix - Berkane
Tél : 05 36 61 18 14