

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

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7697 Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAH

RETRAITE

Date de naissance : 09/03/61

ER RHAASSOULI

Adresse : Hadj FETH N° 79 OULEA CASA

Tél. : 0670776263

Total des frais engagés : 100DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL RHAASSOUL NORAD Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : CASA

Le : 27/03/23

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

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>LE PHARMACIE CASABLANCA Lot. Hassan II - 1000 Casablanca</i>	<i>27/03/23</i>	<i>100,00</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

BELEVE DRS 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth (1 through 12) and various dental symbols placed above and below them. The arch is oriented with the upper left quadrant at the top left and the lower right quadrant at the bottom right. A vertical arrow points downwards from the center of the arch.

- Top Row:** Teeth 1 through 4 are positioned above the arch, with symbols placed above them: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.
- Bottom Row:** Teeth 5 through 12 are positioned below the arch, with symbols placed below them: 4, 3, 2, 1, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5.
- Symbols:** The symbols include:
 - U:** Found above teeth 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12; below teeth 4, 3, 2, 1, 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5.
 - V:** Found above teeth 5, 6, 7, 8; below teeth 4, 3, 2, 1.
 - H:** Found above teeth 9, 10, 11, 12; below teeth 12, 11, 10, 9.
 - L:** Found above teeth 9, 10, 11, 12; below teeth 4, 3, 2, 1.
 - M:** Found above teeth 9, 10, 11, 12; below teeth 12, 11, 10, 9.
 - N:** Found above teeth 9, 10, 11, 12; below teeth 4, 3, 2, 1.
 - Y:** Found above teeth 5, 6, 7, 8; below teeth 4, 3, 2, 1.
 - S:** Found above teeth 5, 6, 7, 8; below teeth 4, 3, 2, 1.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

M.

Nora

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA

Lot. Haj Fath Rue 6 N° 3 LOT. 64

Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

Tél: 0920 30267

Le 27/03/23

Facture N° 69

Quantité	Désignation	Prix	Montant
01	DéTensiel	72,00	
01	c. tycophage 1000	28,00	

LOT 230003
EXP 01/2026
PPV 28.00DH

100,00

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables

MERCK

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCALot. Haj Fath Rue 6 N° 3 LOT. 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28