

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

- 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 :	6807	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AAY OUCH ALDEIAZI
Nom & Prénom :		25.04.1965	
Date de naissance :		RUE 282 N° 20 HAY May 40011 AM	
Adresse :		Tél. : 06 20 75 06 91 Total des frais engagés : 150,00 + 102,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	27/04/2023
Nom et prénom du malade :	Ayoubi A5 Hocine
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ddrige
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 :

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
27.05.23 (51)			Modu	Le 27/05/2023 au Cabinet du Dr. Jean-Michel LEROUX Médecin à Chateaubriant

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE OMAR BEL KHA Mr. Rifaat ISMAÏL PHARMACIE Docteur ISMAÏL PHARMACIE 52 Rue 25 Hay El Béchir 802281 Casablanca - Tel: 0524 21 12 12	27/04/23	102.90

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four rows: top row (1-4), second row (3-6), third row (5-8), and bottom row (6-8). A vertical arrow labeled 'H' points upwards from the top of the arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left from the left side of the arch. A horizontal arrow labeled 'G' points to the right from the right side of the arch. A vertical arrow labeled 'B' points downwards from the bottom of the arch.

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Médecine générale
 - échographie



- طب عام
 - رجال، نساء ، أطفال
 - الفحص بالصدى
 - طب النساء
 - تتبع الحمل

ORDONNANCE

Casablanca, le

27.04.73

الدار البيضاء، في

47,80

4780

W. D. Dasher, Jr.

(SV)

5510

LOT: 253
PER: 01/2025
PPC: 55, 10 UHS

LOT: 21/2022 DHS
PER: 01.10.2022
PPC: 05.10.2022
PROPOLIS

31

3 cpt 38

S Spreey

10290

★ PHARMACIE DE L'ETOILE
Mr. Kader DENOULAKATIB
Docteur en Pharmacie
N° 82 Rue 20 Hay Omer
Casablanca - Tel: 35 22 81 52 13

11:05