

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.

N° de la carte
N° de la carte

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	4674	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	184808
Nom & Prénom :		HANOUCH Mohamed	
Date de naissance :		01-06-1979	
Adresse :		Camping ELLIOTSSA N° 84. D'Eguia	
Tél. :		0660049822 Total des frais engagés : 67.20 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HANOUCH Mohamed 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 : 27.11.2021 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE DU DEPARTEMENT DU SAVOIR N° 225147 DATE : 27.11.23 CACHET N° 4-147 DU FOURNISSEUR DU DEPARTEMENT DU SAVOIR N° 225147 DATE : 27.11.23 CACHET N° 4-147	27.11.23	68,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

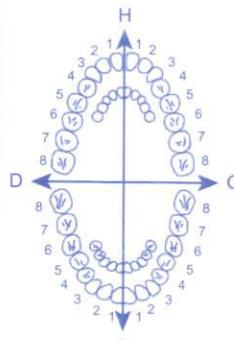
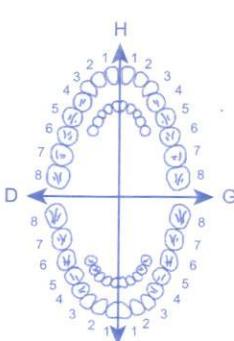
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
																					
																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> </div>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B		
H	25533412	21433552																			
	00000000	00000000																			
D	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
G																					
B																					
Coefficient des Travaux <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MONTANTS DES SOINS</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DATE DU DEVIS</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> </div> </div>																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																					

LA PHARMACIE REGIONALE DEROUA

FACTURE

Mohamed Hammouch
1984312.

Date : 27.11.23

Facture N° :

Art	Designation	Quantité	Prix	Montant
1 -	claradol cp	1	17.10	17.10
2 -	Lysol 6	1	15.00	15.00
3 -	Nadazol 250mg	1	21.10	21.10
4 -	Dotamine	1	15.00	15.00



INPE: 062074810

P.P.V: 17,10 DH
CB05669
EXP: 12/2025

68,20

MONTANT	
T.V.A	
TOTAL T.T.C	

Arrête la présente facture à la somme de :