

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

190 803

M23- N° 0033824

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0536 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAZOUI LHOUSSEINE

Date de naissance : 01/01/46

Adresse : HAJ SIDI MAM-S, Rue 21 N° 8 CASA

Tél. : 662027249 Total des frais engagés : 1742,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 :

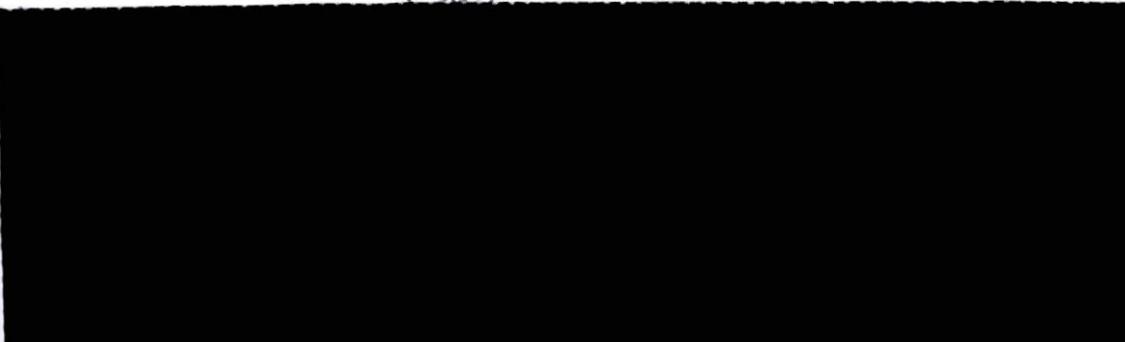
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 15/01/2019 Le : 15/01/2019

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
HARMACIE INAR S1 Avenue 1 akra Hay et Inar Casablanca Tél: 05 22 50 00 00	21/01/2024	1442.60

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'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-D-B coordinate system. A vertical blue arrow labeled 'H' at the top points upwards. A horizontal blue arrow labeled 'D' to its left points to the left. A diagonal blue arrow labeled 'B' at the bottom points downwards and to the right. A circle contains twelve numbered points arranged in three concentric arcs: an inner arc with points 1 through 4, a middle arc with points 5 through 8, and an outer arc with points 9 through 12. The points are labeled with numbers and letters: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTENTANT L'HEURE QU'IL FAUT

PHARMACIE DAKHLA

MOUAKET RACHIDA

Pharmacien

91, Avenue Dakhlia

Hay INARA I - Aïn Chock

Casablanca

Tél.: 05 22 50 10 82

صيدلية الداخلة

موقوت رشيدة

91، شارع الداخلة - حي الإنارة 1

عين الشق

الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 50 10 82

Casablanca, le

FACTURE N° № 0001571

M. T. A. Port L'HOUSSEME

Quantité	Désignation	P.U.
1	Doutys 15	744,00
1	Biajor 800 mg	18,00
1	Endoheal	27,20
1	Flotior 1/30	149,60
1	Co Aprovel 150/125	134,30
1	Novorapid 100	571,00
1	Needle	100
		1742,60



Annexe de la présente facture à la
Somme de 711 dir sept cent quatre-vingt deux

dh et 60 centimes

PHARMACIE DAKHLA

91, Avenue Dakhlia

Hay el Inara I Casablanca

Tél.: 05 22 50 10 82