

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 : 01713 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ISMAILI LHASSANE

Date de naissance : 01-07-1955

Adresse : LOT EL OUAFA N°56 DEROUA

Tél. : 066155743 Total des frais engagés : 550,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ABDEINAK AHIZOUNE
MEDECIN GENERALISTE
Spécialiste en médecine du travail
214 Lot Al WAHDA 2
Tél: 05 22 03 40 40
Deroua-Berrechid-Maroc

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/01/2024

Nom et prénom du malade : LOUIZI EP. ISMAILI MAZKA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection rhumatoïde

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 : SEFOURA Le : 20/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : J. Mazzka

BELEVE 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
10.01.2024		C	220,-	M. LUCIAN GHEORGHE Spécialiste en ORTHOPÉDIE 214 Lot A1 WAKADA 2 Tel: 06 22 00 40 40 ceroua-Benachid-Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/2014	430,60

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	

BELEVE 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
T	

[Création, remont, adjonction]

The diagram illustrates a dental arch with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a standard dental sequence. Labels A through H are placed around the arch to indicate specific points of interest:

- A**: Located at the mesial (inner) side of the upper central incisors.
- B**: Located at the distal (outer) side of the lower central incisors.
- C**: Located at the mesial side of the upper lateral incisor.
- D**: Located at the distal side of the lower lateral incisor.
- E**: Located at the mesial side of the upper canine.
- F**: Located at the distal side of the lower canine.
- G**: Located at the mesial side of the upper first molar.
- H**: Located at the distal side of the upper second molar.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot: 23B820

Exp: 02.2026

PPV: 136DH50

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

PPV: 49,60 DH
LOT: 23G11
EXP: 07/2026

ORDONNANCE

Djema Le 06/03/2024

Nom: Louizi MALIKA

49,60 x 2

- D - cur F - 15

unidose 1/15 journ

Alyse 21 J - 1

1 - 1 - 2 cp
Vitamine F - 15

sep x 2

91.10

Boredin 20 J
1 rapp x 2 j/c

Abdeihak AHIZOUNE
MEDECIN GENERALISTE
ecole de Medecine du travail
2, Avenue AL WAHDA 2
Tel: 06 22 03 40 40
Deroua-Benrechid-Maroc

75.00

430.60

Prix 1 Jour le Jour



LOT: M1031
PER: 04/2027
PPU: 75.000DH