

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° M20- 0003361

MUPRAS
RECEPTION

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2259

Société : RAM 206949

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHMAOUI

ABDELLAH

Date de naissance : 22.06.1955

Adresse : 401 lotissement EL WAFA DEROUA

Tél. : 06 63 01 48 04 Total des frais engagés : 1865,00 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 :

maladie chronique

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 : DEROUA

Le : 21/05/2024

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 ET OUMOU WADE 244 Jossigny et Moudou Detour : 05.22.53.19	8.5.24	1865,60

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary or upper arch, with the following key features:

- Labels:** The top center is labeled "H". The bottom center is labeled "B". The left side is labeled "D" with a horizontal arrow pointing left. The right side is labeled "G" with a horizontal arrow pointing right.
- Tooth Arrangement:** The teeth are arranged in a curved pattern. The upper arch (maxillary) has teeth numbered 1 through 8 on both sides, with additional symbols like "Y" and "H" placed between some numbers. The lower arch (mandibular) has teeth numbered 1 through 8 on both sides, with symbols like "Y" and "H" placed between some numbers.
- Symbol Legend:**
 - "Y": A circle containing a vertical line with a dot at the top.
 - "H": A circle containing a vertical line with a dot at the bottom.
 - "S": A circle containing a vertical line with a dot in the middle.
 - "P": A circle containing a vertical line with a dot at the top and a small circle below it.
 - "M": A circle containing a vertical line with a dot at the bottom and a small circle above it.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

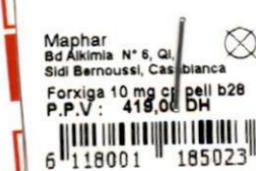
M. SAHMAOUI
ABDELLKrim

PH: 7/14 à C/2 12 DijMOJMA
244 lotissement el wafaa
El Boua
Ref: 05.22.53.20.54
Date: 06/06/2019 05:07:03

Le 8-5-24

Facture N° 22

Quantité	Désignation	Prix	Montant
2	Forxiga 10	u 19,00	838,00
2	gén	137,00	274,00
2	Bipret 5	39,90	79,80
2	Aletac 2,5	36,90	73,80
			1865,60



bué par MSD MAROC.
N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
IMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.V: 437,00 DH.

39,00

36,90

39,00

36,90