

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 de données à caractère personnel.

M22- 00 11200
(135556)

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *4548*

Société : *R.A.M*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *BERIDAI Mohamed*

Date de naissance :

22/07/57

Adresse : *81, 12me Larache APP18 CASABLANCA*

Tél. : *0662103375*

Total des frais engagés : *41,50* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achat libre

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 : *CASABLANCA*

Le : *26/10/2021*

Signature de l'adhérent(e) : *H. HAKIM*

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
<i>PHARMACIE DU JARDIN 61 Avenue 2 Mars 78178</i>	06.09.2022	41,50

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	

TITANOREINE

Carraghénates / Dioxyde de titane / Oxyde de zinc

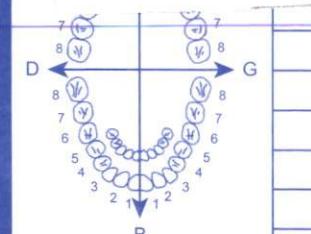
SUPPOSITOIRE

Boîte de 12 SUPPOSITOIRES

PPV: 22DH20 PER: 06/23 LOT: K1828

PPV: 19,30DH PER: 05-2025 LOT: 220637

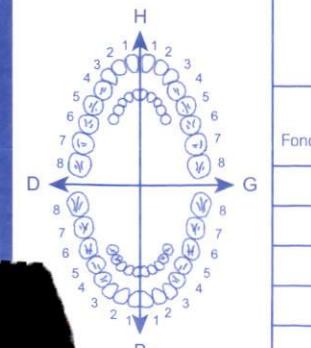
PPV: 22DH20 PER: 06/23 LOT: K1828



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		



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

VISUEL ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISUEL ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

éiqué en indiquant la nature des soins.

soins de soins ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

PHARMACIE DU JASMIN

MME LAMRANI RAJAE
61 AVENUE 2 MARS CASA
CASABLANCA

Mr BERDAI MOHAMED

Taxe Profes. N°: 37917365

N° R.C. : 252269

N° ID.F. : 40463608

N° ICE:

N° CNSS : 2266139

ICE

Tel : 0522811767

001448442000041

Fax : 0522836542

Le : 06/09/2022

FACTURE N°: 167950/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	TITANOREINE SUPPOS	19.30	19.30
1	CODOLIPRANE/16 CP	22.20	22.20

TVA 7%: 2.71

Total : 41,50

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE ET UN DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

صيدلية الياسمين
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
TEL: 05 22 22 22 22