

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

- Reclamation : 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.

Matricule : 14549 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BERDASI Mohamed

Date de naissance :

27/07/57

Adresse : 81, Rue la Bacha APR 78 et 8A

Tél. : 0662603375 Total des frais engagés : 46,00 DHS Dhs

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 : CASA 23/11/2023 Le : 23/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : Abdelkader

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
 LARMACIE DU JASMIN Mme. LAMRANI Rajaa 61 Avenue 2 Mars - CASA 22 81 17 67	10.10.2022	46,00

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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) and various anatomical landmarks. Landmarks include:

- D**: Located at the mesial (left) end of the arch.
- G**: Located at the distal (right) end of the arch.
- B**: Located at the apical (bottom) end of the arch.
- V**: Located on the mesial surface of the upper central incisors.
- Y**: Located on the distal surface of the upper central incisors.
- W**: Located on the mesial surface of the upper lateral incisor.
- X**: Located on the distal surface of the upper lateral incisor.
- U**: Located on the mesial surface of the upper canine.
- Z**: Located on the distal surface of the upper canine.
- A**: Located on the mesial surface of the upper first molar.
- C**: Located on the distal surface of the upper first molar.
- E**: Located on the mesial surface of the upper second molar.
- F**: Located on the distal surface of the upper second molar.
- H**: Located on the mesial surface of the upper third molar.
- I**: Located on the distal surface of the upper third molar.
- P**: Located on the mesial surface of the lower central incisors.
- R**: Located on the distal surface of the lower central incisors.
- S**: Located on the mesial surface of the lower lateral incisor.
- T**: Located on the distal surface of the lower lateral incisor.
- V**: Located on the mesial surface of the lower canine.
- Y**: Located on the distal surface of the lower canine.
- W**: Located on the mesial surface of the lower first molar.
- Z**: Located on the distal surface of the lower first molar.
- U**: Located on the mesial surface of the lower second molar.
- X**: Located on the distal surface of the lower second molar.
- A**: Located on the mesial surface of the lower third molar.
- C**: Located on the distal surface of the lower third molar.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE DU JASMIN

MME LAMRANI RAJAE

61 AVENUE 2 MARS CASA
CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 37917365

N° R.C. : 252269

N° ID.F. : 40463608

N° ICE

N° CNSS : 2266139

Tel : 0522811767

Fax 0522836542

ICE
001448442000041

Mr BERDAI MOHAMED

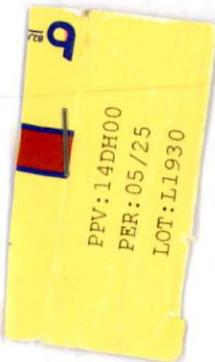
Le : 10/10/2022

FACTURE N°: 167953/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	MAALOX SACHETS	32.00	32.00
1	DOLIPRANE 1 G X 10 CP	14.00	14.00

TVA 7%: 3.01

Total : 46,00



Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE SIX DIRHAMS

