

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 des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4549**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BERDA Mohamed

Date de naissance :

22/07/57

Adresse :

81, Rue Larache App 18 Casablanca

Tél.

Total des frais engagés : **45,40** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achar libre

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : **000A**

Le : **11/01/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **11/01/2023**

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
PHARMACIE DU JAMRA Mme. LAMRANI Rajaa 1, Avenue 2 Mars - CASA Tél: 05 22 81 17 67	22/12/22	45,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

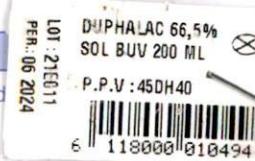
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Le praticien est prié de

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



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	E
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-B-D-H system, featuring two rows of atoms arranged in a diamond-like lattice. The top row consists of four hydrogen atoms (H) at the vertices, with two boron atoms (B) positioned below them. The bottom row consists of four boron atoms, with two hydrogen atoms at the vertices. Bond angles between the atoms are indicated by arcs, and specific atoms are labeled with numbers (1-8) and letters (A, B, C, D). The labels A, B, C, and D are placed at the intersections of the horizontal and vertical axes.

[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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

Mr BERDAI MOHAMED

J
001448442000041
ICE
001448442000041

Le : 22/12/2022

FACTURE N°: 168129/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	DUPHALAC 200 ML SOLUTE BUUVABLE	45.40	45.40

TVA 7%: 2.97 Total : 45,40

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE CINQ DIRHAMS ET QUARANTE CTS

صيادلة
PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tel: 05 22 81 17 67