

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 :

3482

Société :

RAM

774962

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Abdel Nabil Hamid

Date de naissance :

18-04-1952

Adresse :

23, Rue Ibnou Habib Yaârif - CASA

Tél. :

0661 31 1542 Total des frais engagés : 95710 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté :

Age:

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 : 07/08/2023

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

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15.10.123	957, 10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 16x16 grid of vertices arranged in a diamond-like pattern. The vertices are numbered from 1 to 16, starting at the top vertex (H) and moving clockwise around the perimeter. The numbers are as follows:

- Row 1: H (1), 1 (2), 2 (1), 1 (2)
- Row 2: 2 (1), 3 (2), 4 (1), 3 (2)
- Row 3: 3 (1), 4 (2), 5 (1), 4 (2)
- Row 4: 4 (1), 5 (2), 6 (1), 5 (2)
- Row 5: 5 (1), 6 (2), 7 (1), 6 (2)
- Row 6: 6 (1), 7 (2), 8 (1), 7 (2)
- Row 7: 7 (1), 8 (2), 8 (1), 7 (2)
- Row 8: 8 (1), 7 (2), 6 (1), 7 (2)
- Row 9: 7 (1), 6 (2), 5 (1), 6 (2)
- Row 10: 6 (1), 5 (2), 4 (1), 5 (2)
- Row 11: 5 (1), 4 (2), 3 (1), 4 (2)
- Row 12: 4 (1), 3 (2), 2 (1), 3 (2)
- Row 13: 3 (1), 2 (2), 1 (1), 2 (2)
- Row 14: 2 (1), 1 (2), 1 (1), 2 (2)

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE MERCURE

Docteur Selma TAZI

Page : 1

FACTURE

N° FACTURE : 149358
Date : 15/08/2023

Client :

ADIL ABDELHAMD

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
FORXIGA 10MG	1	419.00	419.00
JANUMET 50/1000 MG 56 COMP	1	437.00	437.00
CARDIO ASPIRINE 30 COMPRIMES	1	27.70	27.70
SIMVACOL 40MG/28 COMP	1	73.40	73.40

Total TTC = 957.10

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : NEUF CENT-CINQUANTE-SEPT DHS 10 CTS

Bon rétablissement

ADRESSE: 2 RUE EL WOROUD TEL: 0522274626

TP: 34207111 IF: 53574612 RC: 570891 CNSS: 1513648 ICE: 003216012000039 INPE: 092042365