

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

itions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

84192

Déclaration de Maladie : № P19-0020001

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3505 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : A. BLANC Date de naissance :

Adresse : Don Blanche Gaultier CO

Tél. 06 37 36 18 82 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



DR BENEDICT
MANA

Date de consultation : 16/08/2014

Nom et prénom du malade : HARJANI RACHID Age : 68 A

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection au Sida

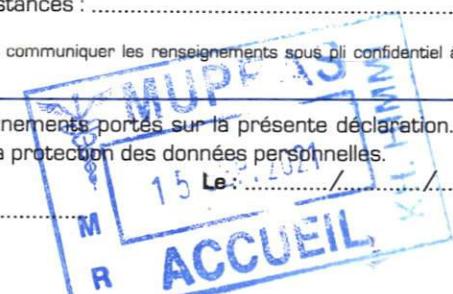
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Le : 15/08/2014

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
16/08/2018	C		G	DR BENDOUSSI. DABOUR Délégation Casa 400 Centre de Santé Urbain BADR
				INFL 169123 = 387

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/08/86	331.25

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553

B

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE



CASA Le : 16/08/2018



ME MARJANI

~~660002
C121221
20099~~

1) Azimycine 500 mg

1x1; le 19j puis

½ fl j ✓ 06)

2) Rhinofébral gel.

1x1; 1x3fl x 31. ✓ 03)

3) Vitamine C 1500

1x1; 1x2fl x 10. ✓ 01) matin. ✓ 02) midi.

4) Zinostatin 100mg Biopharm DC

1x1; 1x10ml x 10. ✓ 01) le matin. ✓ 02) midi.

5) Cotipred 50mg

1x1; le matin. ✓ 05)



Vitamine C

VITAMINE C 1g

Boîte de 20 comprimés effervescents

PPV : 26,50 DH



6 118000 190936

LABORATOIRES

DIFAR

BIOFAR ACE SELENIUM-ZINC BTE20

PPC : 89,00 DH

Ut Av : Lot : 0321/13

12/2023

IPHADERM

Cotipred®

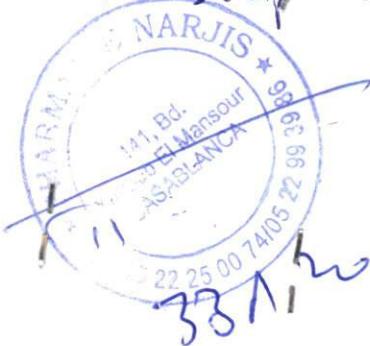
PPV : 14,30DH

PER : 05/24

LOT : K1287

bott 100

b) / Vit D₃. BON. 200.000
n° 91 - 1000 mg B.



Vitamine D3 B.O.N.
CHOLÉCALCIFÉROL / CHOLECALCIFER
6 // 118001 272228
PPV : 20,90 DH