

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

Informations 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.

Biologie 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.

Prothèses et traitements canalaire :

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

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 081938

109337

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6629 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FZAKI Mousa

Date de naissance : 21/06/1961

Adresse : 81 Rue Moussa Poncet

Nantessan

Téléphone : 0661314394

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 09/02/2022

Le 09/02/2022

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Brahim Roudan	9.2.22	65,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the human mandible (lower jawbone) in an occlusal view. Numbered points are marked along the dental arch and the body of the mandible to indicate specific landmarks for orthodontic analysis. The points are numbered 1 through 8, with 1 at the anterior midline, 2 at the first molar, 3 at the second molar, 4 at the third molar, 5 at the angle of the mandible, 6 at the body of the mandible, 7 at the ramus of the mandible, and 8 at the second molar. A vertical arrow labeled 'H' points upwards from point 1, and a horizontal arrow labeled 'D' points to the left from point 6. A horizontal arrow labeled 'G' points to the right from point 8, and a vertical arrow labeled 'B' points downwards from point 7.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ROUDANI
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page 1

FACTURE

N° FACTURE : 811532
Date : 09/02/2022

Client :
EZZAKI MINA

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
CLARTEC 10 MG / 10 CPS	1	22.00	22.00
OMIZ 20 MG / 7 GELULES	1	22.50	22.50

صيادلة الرودانى
PHARMACIE ROUDANI
Mme Lebbar Khadija EP MAKOUI
26, Bd Brahim Roudani Vers Maârif Tousset
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

Total TTC = 44.50

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : QUARANTE-QUATRE DIRHAMS 50 CTS

Bon rétablissement

70x20x140

LABORATOIRES
PHARMAX
الطب الصناعي

Respecter les doses prescrites

Laboratoires Pharmaceutiques Pharma 5
Yasmine LAHLOU FILALI - Pharmacien Responsable

Liste II. Uniquement sur ordonnance

ج 20

أو هيبرازول



كبسولات عن طريق الفم

1

LABORATOIRES
PHARMA 5
5 لجؤا ئەمەنچو

المحمدية

Claritec

®

Loratadine

10 mg

Voie orale

Médicament Antiallergique

10 comprimés

29,00

A14461