

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

- 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 : 1857 Société : ND M19829

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : W.A.B. Lallouz Z.M.L.B. 1

Date de naissance : 30.10.1933

Adresse : S. Ma Mar e etay Palais 1

Tél. : 05 22 20 45 45 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 : Le : / /

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
PHARMACIE SCALLE CASA SARL AU Dr Brahim Roudani Casablanca tel: 0522.25.31.42	22/06/2022	45,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a cyclohexane ring with various substituents at each position:

- Position 1:** A methyl group (CH_3) at the top.
- Position 2:** Two methyl groups (CH_3) at the 2 and 6 o'clock positions.
- Position 3:** Two methyl groups (CH_3) at the 3 and 7 o'clock positions.
- Position 4:** Two methyl groups (CH_3) at the 4 and 8 o'clock positions.
- Position 5:** Two methyl groups (CH_3) at the 5 and 1 o'clock positions.
- Position 6:** Two methyl groups (CH_3) at the 2 and 6 o'clock positions.
- Position 7:** Two methyl groups (CH_3) at the 3 and 7 o'clock positions.
- Position 8:** Two methyl groups (CH_3) at the 4 and 8 o'clock positions.

The ring is oriented with a vertical axis labeled **H** at the top, a horizontal axis labeled **D** pointing left, and a diagonal axis labeled **G** pointing right.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الصيدلية العالمية PHÄRMACIE UNIVERSELLE

M^{me} BENCHEKROUN R. ép. BAUMEL

**Pharmacienne Diplômée de la Faculté
de Médecine et Pharmacie de CAEN**

398, Bd Brahim Roudani
2, rue de l'Esterel - CASABLANCA
Téléphone : 05 22 25 31 42

Casablanca, le

FACTURE N°

M doit

Quantité	Désignation	P. U.	TOTAL
1	Favirax 250 mg	45,00	45,00
		GSK SmithKline Maroc Ain El Aouda Région de Rabat PPM : 45,00 DH	
		6 118001 141548	
	PHARMACIE UNIVERSELLE CASA SARL AU 398, Bd Brahim Roudani Casablanca Tél: 0522 25.31.42		
Arrêtée la Facture à la somme de			45,00

ice :001837237000013