

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *0783* Société : *R.A.M.*

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *JAAFAR MOHAMMED*

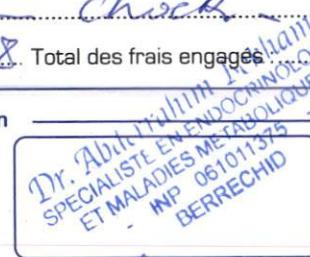
Date de naissance : *03-02-1946*

Adresse : *Hay Issara I Rue N° 13
Aïchek*

Tél. : *26.6.18.0.12.28* Total des frais engagés : *2.150,00 Dhs*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *22/02/2012*

Nom et prénom du malade : *EN-NAFI* Age : *69 ans*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *diabète type 2*

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 : *27/06/2012*

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
21/06/2022	CONSULTATION	1,00	100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/06/2022	1900,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

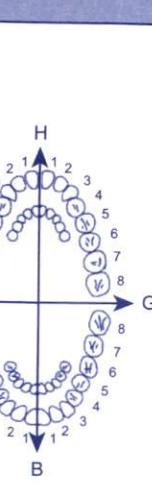


 Diagram illustrating the numbering of teeth in a dental arch. The upper arch has 8 teeth numbered 1 through 8 from central incisor to second molar. The lower arch has 8 teeth numbered 1 through 8 from second molar to central incisor. The diagram is oriented with H at the top, G to the right, B at the bottom, and D to the left.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with teeth numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A vertical axis labeled 'H' at the top and 'D' at the bottom serves as a coordinate system, with horizontal and vertical lines extending from the center.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

مَحْكَةُ عَيْنٍ
MUE AIN CHOICK

EN-NAS, KU

anubis

A barcode is located at the top. Below it, the text reads: "Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH".

NNANCE

7862160335

~~303,100s~~ ~~1/17/2015~~ ~~100~~

$81.20 \times 2 = 162.1$ Dicarbide M:2

20,80	20,80
20,80	20,80

MINIUE AIN CHOCK
L'Institut Haddaouia II
2 Mars Haddaouia
Av. Avenue 21/188 / 0522 50 13 50
et 0522 21 64 68 Casablanca
et 0577 21 64 68

$$60,40 \text{ m}^2 = 6$$

60,400 m² - by A. D. M. 2024
Fulham Polytechnic
10/03/2024
P.D.V. 500H40
S. 1188001060031

1900,50
GARANTIA
M
36

~~Dr. Abdo Tchilima~~ Funktionslogistik
SPECIALISTE EN DÉTECTION
ET MALADIES MÉTABOLIQUES
IMP 06101-1378
BERRECHTS
PER.0107 2024

AMAREL 2MG
CP 830
P.D.V.: 60DH40
6 118000 060031

AMAREL 2MG
CP B30
P.P.V : 60DH40
PER..07 2024
6 118000 060031