

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.

M23-007024

164889

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : BENDAI MOHAMMED

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, Rue Courche APP18 CAT A

Tél. : 0662163375 Total des frais engagés : 1024,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2013

Nom et prénom du malade : BENDAI MOHAMMED Age: 66 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Seins Dentaires

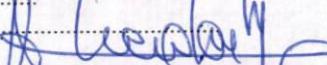
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 03/06/2013

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 DU MUSÉE - CSA PARIS 17 ^e	3/6/23	124,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

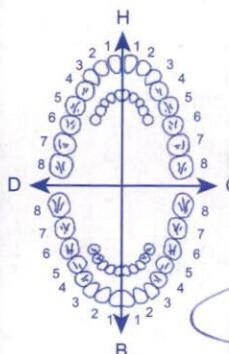
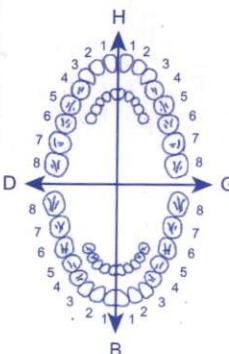
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		Détartrage D12	Coefficient des travaux
		Détartrage D12	Montants des soins
		Consultation	Début d'exécution
			Fin d'exécution
			03/06/23
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	D 00000000 035533411	G 00000000 11433553	Montants des soins
	B 00000000 35533411		Date du devis
			Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le 03/06/2023

ORDONNANCE

MERDAI Mohamed

103,60

1. AMOXIL 1g (comprimés)

09,00

2. OEDES 20mg (comprimés)

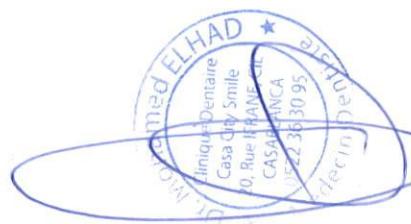
22,20

3. Codoliprane 1g (comprimés)

6, Avenue El Mers - CASA
Mme LAMARAN Arafat
PHARMACEUTIQUE LASMIN
Tél: 05 22 81 17 67



Docteur Mohamed EL HAD



+212 (5) 22 36 30 95 / +212 (5) 22 36 09 04 +212 (6) 61 18 80 18 elhad@casacitysmile.com

www.casacitysmile.com 20 Rue Ifrane, Casablanca, 210 20 210

Casablanca, le 03/06/2023

Identifiant fiscal : 42755569

Patente : 35631614

ICE : 002229790000078

INPE : 094012671

Facture établie

Au nom de BERDAI Mohamed

Je soussigné, *Docteur Mohamed EL HAD,*

Atteste avoir facturé la somme de *500 dirhams,*
Cinq cents dirhams

Correspondant aux soins suivants :

-Détartrage

Dr EL HAD Mohamed

