

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 : 4549	Société : R.A.M 171288	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BERDAI Mohamed		
Date de naissance : 22/07/57		
Adresse : 81, Rue Larache App 18 CASA		
Tél. : 06621603375	Total des frais engagés :	49,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Achat libre



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :
Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :
Pathologie :

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 : **CAF** Le : **26/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **A. Bourakbi**



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
<i>PHARMACIE DU JASMIN Mme. LAMRANI Rajaa 1 Avenue 2 Mars - CASA Tél : 05 22 81 17 67</i>	26.06.2023	49,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	G
00000000	00000000
25533411	21433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A vertical axis labeled 'H' at the top points upwards, and a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right points to the right. A vertical arrow at the bottom points downwards, labeled 'B' at the bottom.

(Création, remont, adjonction)

un certain temps, l'ergonomie, nécessaire à la profession.

PHARMACIE DU JASMIN

MME LAMRANI RAJAE

61 AVENUE 2 MARS CASA

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 37917365

N° R.C. : 252269

N° ID.F. : 40463608

N° ICE

N° CNSS : 2266139

ICE

Tel : 0522811767

001448442000041

Fax 0522836542

Mr BERDAI MOHAMED

FACTURE N°: 168546/23

Le : 26/06/2023

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	D-CURE FORTE 100000 X 3	49.60	49.60

TVA 7%: 3.24 Total : 49,60

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

QUARANTE NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

3 أمبولات للشرب

د-كير® قوي

وحدة توالية 100 000

PPV: 49,60 DH
LOT: 21H23
EXP: 08/??24

PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tel: 0522811767

