

# 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

- 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3025

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZOZOZEN LAHOUZ

136930

Date de naissance :

01.01.1959

Adresse :

Tlouz  
Sidi Brahim

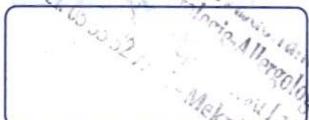
Tél. : 06 61 42 38 45

Total des frais engagés : 427,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/11/22

Nom et prénom du malade : ZOZOZEN LAHOUZ Age : 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Péritonite

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 : Fes

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-027754

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3025

Nom de l'adhérent(e) : ZOZOZEN LAHOUZ

Total des frais engagés : 427,00

Date de dépôt :

#### **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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 20/03/2017      | ex                | 01                    | 950,00 dh                       |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur  | Date              | Montant de la Facture |
|--|-------------------|-----------------------|
| <br><i>2015.10.22</i> | <i>2015.10.22</i> | <i>177.50</i>         |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates the HGD coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top, the horizontal axis is labeled 'G' on the right, and the diagonal axis is labeled 'D' on the left. A central origin point is marked with a small circle. A curved line of numbered circles connects points 1 through 8 on the HGD axes. Point 1 is at the top of the H-axis arrow. Points 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are arranged along the curve from top-left to bottom-right. Points 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are also labeled on the HGD axes themselves.

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ANSWER PAGES FOR READING PASSAGE 1 TESTS IN THE IELTS EXAM

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur RAHMANI A.**

**SPECIALISTE**

**MALADIES DE LA PEAU  
CUIR CHEVELU - VENERIENNES  
MALADIES ALLERGIQUES**

**EPILATION AU LAZER**

37, Avenue Hassan II n° 29

3<sup>e</sup> étage - MEKNÈS

Tél & Fax : 05 35 52 77 55

**الدكتور رحمني عبد الرحمن**

**اختصاصي ،**

**أمراض الجلد والشعر والأمراض التناسلية**

**أمراض الحساسية والمناعة**

**إزالة الشعر بالليزر**

**شارع الحسن الثاني رقم 29**

**الطابق الثالث - مكناس**

**الهاتف والفاكس : 05.35.52.77.55**

Meknès Le :

24/02/22

مكناس في:

BOURRASQUE LAREEN



20,00

Nazelin Salicylate 1% 30gr



un app le m



Cicalfallé h



un app la jom

157,00

127,00



EAU THERMALE  
**Avène**

# Cicalfate<sup>+</sup>



Soins pour peaux sensibles irritées  
For sensitive irritated skin

PARIS

LABORATOIRES DERMATOLOGIQUES  
**Avène**  
PARIS