

# 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

- 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 caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 887 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAFIDA BEN HASSI ABED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : ..... 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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BELEVE 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'UDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch, likely representing the upper arch, centered on the midline. The arch is divided into four quadrants by a vertical line (mesial-distal) and a horizontal line (labial-lingual). The teeth are numbered as follows:

- Upper Arch (Maxilla):** Numbers 1 through 8 are arranged in two rows. The first row contains teeth 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, and 6. The second row contains teeth 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, and 6.
- Lower Arch (Mandible):** Numbers 1 through 8 are arranged in two rows. The first row contains teeth 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, and 6. The second row contains teeth 3, 4, 5, 6, 7, 8, 7, and 6.

The diagram also includes directional arrows: a vertical arrow pointing upwards labeled 'H' at the top, a horizontal arrow pointing to the left labeled 'D' on the left, a horizontal arrow pointing to the right labeled 'G' on the right, and a vertical arrow pointing downwards labeled 'B' at the bottom.

(Création, remont, adjonction)

[Création, Remède, Guérison] fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Pharmacie DU PHARE

Leila EL AOUD

0522266819

16 avenue mohamed sijelmassi, Casablanca



Facture N° 20221115-984

Date de vente : 15/11/2022

Médecin traitant :

HAFIDA SANHAJI EP ABBAD

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
MONOPROST CL COLLYRE 30 UNIDOSES	1	178,90	TVA (7.00%)	178,90

Total HT	167,20 DHS
TVA	11,70 DHS
<b>Total</b>	<b>178,90 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cent soixante-dix-huit DHS et quatre-vingt-dix centimes



RC : 257460 ICE : 000830976000039

Tel : 0522266819

Adresse : 16 avenue mohamed sijelmassi, Casablanca

9

# Monoprost®

50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

Latanoprost

Boîte de 30 récipients unidoses de 0,2 ml

# مونوبروست

50 ميكروغرام/مل

محلول قطرات للعين في وعاء أحادي الجرعة

لتابنوبروست

علبة 30 وعاء أحادي الجرعة من فئة 0,2 مل

Monoprost

50 microgrammes/ml

collyre en solution en récipient unidose

Latanoprost

Boîte de 30 récipients unidoses de 0,2 ml

مونوبروست

50 ميكروغرام/مل

محلول قطرات للعين في وعاء أحادي الجرعة

لتابنوبروست

علبة 30 وعاء أحادي الجرعة من فئة 0,2 مل

BP N°1, Z712 Bouzoukta, Maroc  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA  
6 118001 072583

26106501.

Lot / Fab / EXP :

4Q83  
11 2021  
11 2023