

# 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

5575

Société :

R.A.M

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

1<sup>er</sup> C.HAFI ARABE LLATIF

Date de naissance :

14-09-1959

Adresse :

OUARZAZATE - CDA

Tél. :

06 20 13 42 23

Total des frais engagés : 200 f 721, 95 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30.12.2022

Nom et prénom du malade :

BENBAKIS RACHIDA

Age : 1968

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dépression

état aigu

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 : 20/12/2022

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
2022/02/23	Consultation	C1	Dr Rachid	دكتور العرشي رشيد Dr RACHID Rachid Médecin Général 295 Av Oued Tansit Gte El Oule Casa Tel 06 66 80 66 INPE 091076893

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	30/12/22	721,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-D-G-B coordinate system. The vertical axis is labeled H at the top, the horizontal axis to the left is D, the diagonal axis pointing down-right is G, and the diagonal axis pointing up-right is B. Eight numbered circles (1 through 8) are arranged along these axes: circle 1 is at the top vertex of the H-axis; circles 2 and 3 are on the H-axis below it; circles 4 and 5 are on the D-axis; circles 6 and 7 are on the G-axis; and circles 8 and 9 are on the B-axis.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Docteur HRICHI Rachid**

MEDECINE GENERALE

295,Av. Oued Tansift ( 24, Gpe E )

Cité El Oulfa - CASABLANCA

Tél. : 0666 80 76 66

**الدكتور الحرishi رشيد**

**طب العام**

(24)، شارع وادي تانسيفت (24)، مجموعة 295

حي الألفة . الدار البيضاء

الهاتف : 0666 80 76 66

Casablanca, le :

30/12/2022

جنبر

**دكتور الحرishi رشيد**  
Dr HRICHI Rachid  
Médecine Generale  
295 Av Oued Tansift Cité El Oulfa  
Casa Tel 06 66 80 66  
INPE 091076893

Mme BENBAKJ RACHIDA

32,50

1). Dogmatil 50 mg

55,03

18,40

2). Transcene

4800

pdt 3 mois

132,00

3).

Iprise 1j 4805

44,20 + 2

4).

Difal 50 mg



85,10

5).

Solian 50 mg



110,60

6).

Sentraline 6T

Rep 1j

110,60

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
SOLIAN 50mg, cp B 30  
P.P.V : 85,10 DH

6 118000 061458



AVLOCARDYL 40mg  
1/4 1/2

8/ Cardio-Aspirine 100mg  
1/4 1/2

✓ 22.1.20

Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH90  
PER : 22E003

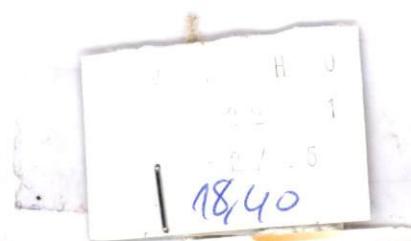


6 118000 061199

Dogmatil 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH90  
PER : 22E003



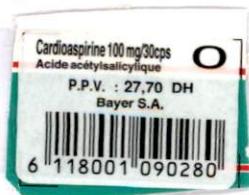
6 118000 061199



LOT : 221201  
EXP : 08/2025  
PPV : 132,500H



LOT : 221201  
EXP : 08/2025  
PPV : 132,500H



AVLOCARDYL 40MG

CP SEC 850

P.P.V : 41DH80

LOT : 22E004  
PER : 04 2025



6 118000 010227

PHARMACIE QUÉD TRANSIT  
Allée 1, Rue 27 N°94 Bts  
Tél. Oufa - Casablanca  
05 22 93 43 24

