

# 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.

## Adresse 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1196

Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : RABRABI CHAFAI

Date de naissance : 02/03/1950

Adresse : Sidi Iftaque Es-Semai N° 225 001009

Tél. : 06 14 29 41 89

Total des frais engagés : 751,60 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/04/2023

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Af- cataracte

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 : 19/04/2023

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
18/01/23	ctr	CC		Dr A. ZARO Oncologue Clinique de Sabadell et des Papillons. Olesa - 0922511 091140871

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18 04 23	356.50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>Spécialiste en Radiologie</i>			
<i>NPE: 092040989</i>			

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

#### **Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession**

<p style="text-align: center;"><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>B</b></p> <p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	<p style="text-align: center;"><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;"><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;"><b>DATE DU DEVIS</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p style="text-align: center;"><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
G														
00000000	00000000													
35533411	11433553													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ordonnance MEDICALE

Casablancale : ..... 18.04.23

CONCERNRNT M<sup>e</sup> YASSINA

SAADIA

3570 • TOBRADEX (collyre)  
1 goutte 4 fois par jour

58.00 • INDOCOLLYRE( collyre)  
1goutte 4 fois par jour

33.00 • SPECTRUM (collyre)  
1goutte 4 fois par jour

54.40 • TOBRADEX (POMMADE)  
1 App . le soir

99.00 • PHYLARM  
1 RIN le matin et le soir

51.40 • SPECTRUM250MG  
1 CP .2fois par jour

2500 • COMPRESSES OPHT SERILES AUTO-  
ADHESIF

PHARMACIE MAHMOUD  
Khalil Sidi Maâroufi  
3. Lot. Saada 39 81 - Casablanca  
Tél. 0522 91 39 81

Dr TIZAROURY  
Ophtalmo Clinique de Casablanca  
13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél. : 0522.25.71.71 - Fax : 0522.25.11.15  
M.P.E. : 0522.25.71.71

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca  
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : [www.occ.ma](http://www.occ.ma)

RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

6 118001 070596

Laboratoires Sothema Bouskoura

Tobradex® 0,3/0,1% collyre en suspension, 5 ml

AMM N°: 524/ 18 DMP/ 21/ NTO

Boîte de 1 flacon.

PPV : 35,70 DH



406836 MA

INDOCOLLYRE 0,1% ○ LOT/باره H8956  
Collyre 5ml FAB/انتاج 10-2022  
ZENITH PHARMA EXP/انتهاء 03-2024  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088

PPV : 58,00 DH

TOBRADEX®  
POMMADÉE OPHTALMIQUE  
0,3/0,1%  
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH  
Laboratoires Sothema, Bouskoura  
AMM N° 455/18 DMP/ 21/ NRO

6 118001 070602

690206 MA

PPV : 54,40 DH  
LOT : A02/2024/00  
DOP : 33,00 DH  
HT : 51,40 DH

99.00 DHS  
PPC

HER MEDIC

unidoses stériles de 10 ml

51,40