

# 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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2678 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENSISSI MUSTAPHA 24133

Date de naissance : 1947

Adresse : 26 BD de la LIBERTÉ Casab

Tél. : 0665787720 Total des frais engagés : .....Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

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

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) : HASSAN



## 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
	15.1.2023	58,21

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....
		.....				.....

## 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
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is oriented with a vertical axis (H) pointing upwards, a horizontal axis (D-G) pointing to the right, and a diagonal axis (B) pointing downwards and to the right. The teeth are represented by small circles with numbers, and the arch is shown with a dashed line and a solid line.

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PHARMACIE NOUVELLE CASA SARLAU  
BOUZOUBAA KARIM  
16. BD DE LA LIBERTÉ.

Tél : 0522314717

15/08/2023

BENSIDI MUSTAPHA

FACTURE N° : 18527 du 15/08/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	CARDIOASPIRINE 100MG 30CPS	27,70	27,70	0%
1	IMODIUM 2MG 20CPS	30,50	30,50	7%
Total TTC				58,20

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
CINQUANTE HUIT DIRHAMS ET VINGT CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
0%Ar92	0,00	27,70	0,00	27,70
7.00%	7,00	28,50	2,00	30,50
		56,20	2,00	58,20

PHARMACIE NOUVELLE  
CASABLANCA  
K. BOUZOUBAA  
16. Bd de la Liberté - Casablanca  
Tél : 05 22 31 47 17

# إيموديوم® 2 ملugin

عن طريق الفم - 20 كبسولة

**احذر المخدرات**  
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - Liste II  
بحصرف فقط بوجوب وصفة طبية . لانجدة ||  
... gélule(s) ... fois/jour  
pendant ... jours

PER : 08/2012  
LOT : 22E012

IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél  
P.P.V : 30DH50  
9 118000 010845

**IMODIUM +  
GROSSESSE  
= DANGER**  
  
Ne pas utiliser chez la femme  
enceinte, sauf en l'absence  
d'alternative thérapeutique.

**Soyez prudent**  
  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la notice

كارديوأسبرين 100 مغ

حمض أسيتيل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



Bayer

AMM N° 594/17 DMP/21/NRS

Titulaire de l'AMM au Maroc S.A.

Marina, 20030 Casablanca

BD

Sidi

Mohamed

Ben

Abdelilah,

Allemande

51368 Leverkusen

Fabriqué par Bayer AG

Maroc