

# 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

- 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.

M23-0028243

179081

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2385 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SLAMNI RACHIDA

Date de naissance : 04/07/54

Adresse : Solt Camilia Rue 2 n° 43

Tél. : 0662014171 Total des frais engagés : 111,30 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/09/2023

Nom et prénom du malade : Souad FR-RAJY Age: 16 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

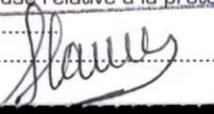
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 0559 Le : 24/09/2023

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01 2023	111.30

## 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	

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

## **[Création, remont, adjonction]**

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) and letter labels A, B, C, D, and G. The teeth are arranged in two rows: upper teeth 1-6 and lower teeth 7-12. The letter labels are positioned as follows: 'D' is to the left of the upper teeth, 'G' is to the right of the lower teeth, 'A' is above the upper teeth, 'B' is below the lower teeth, and 'C' is to the right of the lower teeth. The teeth are numbered 1 through 12, with 1 and 2 at the center, 3 and 4 on either side of 1 and 2, 5 and 6 at the ends of the upper row, 7 and 8 at the ends of the lower row, 9 and 10 in the middle of the lower row, and 11 and 12 at the ends of the lower row.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# ORDONNANCE

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
Mr/Mme .....  
Service des Urgences  
CHP Mohammed Sekkal  
INPE: 06112521

27/09/2013

~~Emergency Date~~

22. 60+3  
28. 2.8

~~Spasfon~~



~~bx 3/4~~

28. 80+1

~~Pristyl~~



PHARMACIE AL IMAM HABIB  
Dr. HADDAH Mourad  
Hay Lakemat, Rue 28, N°51  
Casablanca  
Tél.: 05 22 21 38 13  
GSM: 06 67 08 55 05

111.3

Dr. EL ADNANI Abdessamad  
Service des Urgences  
CHP Mohammed Sekkal, Casablanca  
INPE: 06112521

Cachet du médecin