

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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'égal du traitement des données à caractère personnel.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10084 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL MIRE Mostapha

Date de naissance : 1955

Adresse : Retirement Hay Fath N° 671 casa

Tél : 06.77.49.36.44 Total des frais engagés : 258,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Padiologie : .....

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 : 12/12/2023

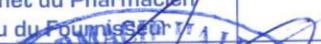
Signature de l'adhérent(e) : .....



## **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
	07 Dec 2003	258,00 DT IMR / 092029990

## **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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. Arrows indicate movement paths: a vertical arrow pointing up from circle 1 to circle 2, a horizontal arrow pointing left from circle 1 to circle 8, and a diagonal arrow pointing down-left from circle 1 to circle 3.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# PHARMACIE HAJ FATEH

Docteur Meryem Tahri Joutei  
Pharmacien Diplomé de la Faculté de Paris

Lot. Haj Fateh, N°520 Lissasfa  
Casablanca - Tél./ Fax : 05 22 89 79 26  
E-mail : pharmaciehajfateh@hotmail.fr  
R.C : 277034 - Patente : 36209470

ICE: 000489360000038  
Casablanca le ..... 07 Dece 2023

A l'Attention de M<sup>2</sup> EL MIRE MOSTAFA

# صيدلية الحاج فاتح

د. مريم الطاهري الجوطى  
صيدلي مجاز من كلية باريس

تجزئة الحاج فاتح رقم 520  
للساسفة - البيضاء  
ص.ت: 277034 - البتانة : 36209470

IHP / 002029990

FACTURE N° 1248 / 07 - 12 - 2023

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total
INIKAL 5mg cp	06	43,00 DH	258,00 DH
LOT : 221040 EXP : 07/2025 PPV : 43,00DH			
LOT : 220793 EXP : 05/2025 PPV : 43,00DH			
LOT : 220793 EXP : 05/2025 PPV : 43,00DH			
LOT : 221206 EXP : 08/2025 PPV : 43,00DH			
MONTANT TOTAL TTC			258,00 DH
LOT : 221206 EXP : 08/2025 PPV : 43,00DH			



07 Dece 2023