

# 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.

N° W21-813101

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4176

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OMAR

ABDELMAJID

Date de naissance : 01.01.1951

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 68 59 32 59

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/12/23

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Age:

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 23.10.2024

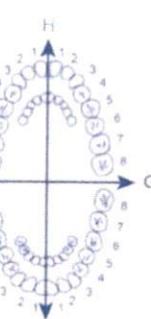
VOLET ADHÉRENT

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Caract. Du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>X</i>	11/12/83	1572,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## VOLET ADHÉRENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			H	25533412	21433553	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433553														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Maladies et chirurgie de la peau  
Pathologies des cheveux et ongles  
Dermatologie - Allergologie  
Dermatologie Pédiatrique  
Lasers médicaux  
dermatologie Esthétique



## ORDONNANCE

Casablanca, le 21/05/2024  
Dr. En Pharmacie  
650 Bd. du 6 Novembre 1975  
Cité Diamina - Casablanca  
Tél: 05 22 40 06 76  
Fax: 05 22 40 06 77  
E-mail: dr.samighita@gmail.com

**PHARMACIE JA**  
Mme SEFIANI - Ep H.  
Dr. En Pharmacie

650 Bd. du 6 Novembre 1975  
Cité Diamina - Casablanca - Tel: 05 22 40 06 76  
Fax: 05 22 40 06 77  
E-mail: dr.samighita@gmail.com

INGREDIENTS: AQUA, ETHYLHEXYL SALICYLATE, METHYLENE BIS-BENZO-TRIAZOLYL TETRAMETHYLBUTYLPHENOL (NANO), BIS-ETHYLHEXYLOXYBENZYL METHOXYBENZYL TRIAZINE, DIETHYXYL BUTAMIDO TRIAZONE, BUTYL METHOXYBENZYL METHANE, C2-15 ALKYL BENZOATE, DIBUTYL ADIPATE, PENTYLENE GLYCOL, ALCOHOL, SORBITOL, DIMETHICONE, PROPYLENE GLYCOL, ACRYLIC ACID / VP COPOLYMER, TOCOPHEROL, DECYL PROPYLENE GLYCOL, ABBARDENS LEAF JUICE POWDER, FIL0748

255,00

MNF:

LOT:

EXP:

562,50

→ Belo Aurora

1 App & 2 Sticks

→ Cetaphil lotion

1 App & 2 Sticks

241 , شارع إميل زولا ، الطابق 7 بلفيدير - الدار البيضاء  
241 , Bd Emile Zola 4<sup>ème</sup> étage Appt 7, Belvédère - Casablanca

05 22 40 06 47

06 31 59 63 86

dr.samighita@gmail.com

