

# 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

- Reclamation : 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4255 Société : Royal air Maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TAWFIK Ahmed

Date de naissance : 01.01.1968

Adresse : 81, Bourjage 1 Appt 12 0<sup>e</sup> étage

Tél. : 069841117 Total des frais engagés : 681.70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2024

Nom et prénom du malade : SMITH MARIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

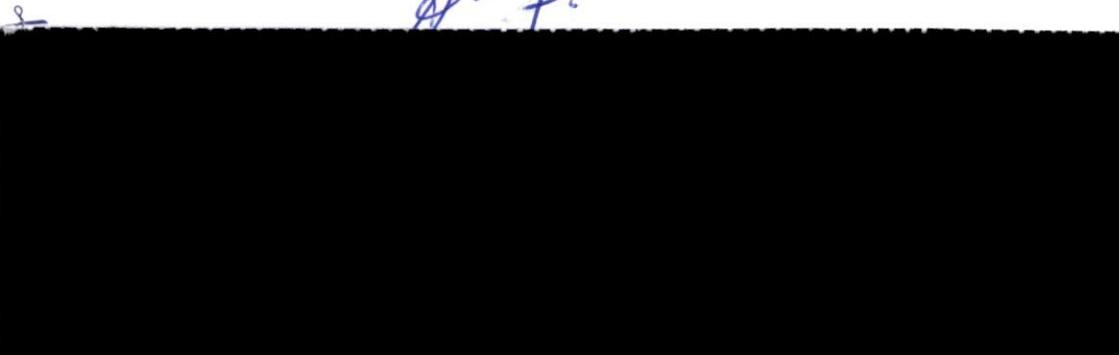
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Ben Slimane Le : 03 FEV. 2024

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
23/10/2014	Dr. EL MOUHIB SAMIR Medecine Generale Moulay Ismael RDC	03	Dr. EL MOUHIB SAMIR Medecine Generale Moulay Ismael RDC	Dr. EL MOUHIB SAMIR Medecine Generale Moulay Ismael RDC

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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

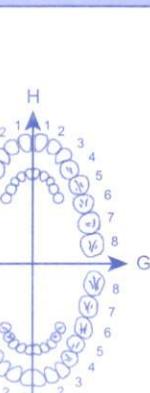
## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). A coordinate system is overlaid, with the vertical axis pointing upwards and the horizontal axis pointing to the left. The teeth are arranged in a curve, with the numbered teeth following a specific pattern: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the upper arch and 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 on the lower arch. The numbers are placed near the corresponding teeth.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<span style="font-size: 2em;">181,20</span>  <span style="font-size: 1.5em;">COEFF DES T</span>  <span style="font-size: 1.5em;">MONT DES SC</span>  <span style="font-size: 1.5em;">DATE DEVIS</span>  <span style="font-size: 1.5em;">DATE DE L'EXECUTION</span>  <span style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; display: inline-block;"></span>																
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;"><hr/></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>	
		H	G																	
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
		<hr/>																		
		D	G																	
		00000000	00000000																	
		35533411	11433553																	
<hr/>																				
B																				
[Création, remont, adjonction]																				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Docteur Samir F

Médecin Gé

Echographie

Examen génér

ECG

Glucovate 500 mg/5 mg  
Comprimés pelliculés B/30  
: 4740 DH

الدكتور سمير المحب

طبيب عام

الفحص بالصدى

الفحص العام الشامل

تخطيط القلب

47,40  
x 2

Be

anace  
DR S. AMIR  
DR S. AMIR

LOT  
PXP  
PXP  
1 2 3 0 3 0 1  
3 1 2 0 2 6  
0 3 0

anace

DR S. AMIR  
DR S. AMIR

DR S. AMIR

31,30

4 Zyloric 20

14 x 2

47,40 x 2 = 94,80

9 Colucosone 100/100

185,20 x 3 = 555,60

4 Suldat 160/100

631,20

PHARMACIE REGHAY  
Lotissement Ghita N° 8, Imm. Al Fazia  
Biouznika, Ben Slimane  
Tél/Fax: 05 37 74 56 43  
INPE: 062081187

Dr EL MOUHIB SAMIR  
Médecin Généraliste  
197, Bd Moulay Youssef  
Bouzguen  
Benslimane

Dr EL MOHIB SAMIR  
Médecin Généraliste  
197, Bd Moulay Youssef  
Bouzguen  
Benslimane

Bd Moulay Youssef, N° 197 RDC - Benslimane  
à côté de la Pharmacie My Youssef et derrière dar chabbab

Tél : 05 23 29 11 66