

# 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.

## Optique 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.

## Éducation :

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

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0012094

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 213

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre : V.I.M.

Nom & Prénom : MACHIT PKIA

Date de naissance :

Adresse : Hôpital

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/07/2020

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

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : maladie mentale chronique

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 CASA

Le : 06/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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
18/10/88		12	300	Dr. N. K. N. 1992 Centre des Maladies de la Peau et des Appareils Moteurs et Digestifs Centre des Maladies de la Peau et des Appareils Moteurs et Digestifs

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Nom du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/7/2020	1261.70

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 16S rRNA secondary structure, a large ribosomal RNA molecule. It is organized into four main domains: D (large subunit), G (large subunit), H (small subunit), and B (small subunit). The structure is composed of various loops and stems, with specific regions labeled with numbers 1 through 8. The D domain is on the left, G on the right, H at the top, and B at the bottom. The numbers 1 through 8 are distributed across these domains, with some regions having multiple numbers (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) and others having only one (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

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

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Casablanca, le

28/4/2020

Nader Rbie

PHARMACIE MARHABA

André ACHOUR

61, Av des F.A.R - Casablanca

Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

366.00

1- Kayexalate 1000 mg ap repas  
m/c

~~220~~  
~~4360~~

gélules Branbonets Nat 1g  
1 gel x 2/j mali eh.  
fr

26.20.3

3- Acfol 5 lpl/j

25.10.4

- Funeken 100 gpl/j

PHARMACIE MARHABA

André ACHOUR

61, Av des F.A.R - Casablanca

Tél: 0522 31 16 40 / 0522 31 43 69

126170

N° 203, Bd Ibnou Sina, Quartier Al Hana, Hay Hassani, Casablanca

Tél.: 05 22 39 94 64 - Fax : 05 22 39 94 06

E mail : cmrd.alamine@gmail.com

pharmacie Marhaba  
Avenue de FAR.

62 Av de FAR

05 22 31 16 40

110176 v01  
LOT: 14220005  
PER: 03/2024  
PPU: 26,20 DH

ACFOL 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118000 430025

110176 v01  
LOT: 14220005  
PER: 03/2024  
PPU: 26,20 DH

ACFOL 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118000 430025

LOT: 14220005  
PER: 03/2024  
PPU: 26,20 DH

ACFOL 5mg  
Boîte de 28 comprimés  
6 118000 430025

valide...  
PPV 25,10 DH  
LOT T455 PER 06  
comprimés  
orale

FUMAFER® 66 mg  
100 comprimés

6 118000 180371  


Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca  
Kayexalate 454g 1F  
P.P.V: 366,00 DH  
6 118001 181476  
