

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Souscriptions 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.

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.

## Biologie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

77535

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8560

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : M'JATI BOUAZZA

Date de naissance : 10.03.1952

Adresse : OULFA

Tél. : 0668555040

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

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

Lien de parenté :  Lui-même  Copoint

Age : .....

Enfant

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 : .....

Le : 16/07/2021

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 <i>Pharmacie TAH Dr. Bennani Oued Sembat 302 Bd Oued Sembat Casablanca Tél: 0522 90 18 99</i>	Date	Montant de la Facture
		<i>321.30</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[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**

## FACTURE

N°

A 16

Le 07

20 21

M M J T P . B A U A Z I A

Doit

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX U.	TOTAL
1	Dolamine	15,30	15,30
1	Aspirin 500 mg	17,00	17,00
			32,30

Pharmacie TAM  
 Dr. Bennani Jaafar  
 302, Bd Oued Sebou - Oulfa  
 Tél: 0522 90 18 99

PPU: 17.00 DH  
CBO2050  
EXP: 10/2023

A conserver à l'abri de l'humidité et à une température inférieure à 25°C.

lire attentivement la notice avant utilisation.

NE LAISSEZ NI A LA PORTEE, NI A LA VUE DES ENFANTS.

Il est indiqué chez l'adulte (à partir de 15 ans) en cas de douleur et/ou hiver rebelle que mœux de faire douleurs dentaires, lumbagos, courbatures, douleurs rhumatismales, rhume, grippe, maux

ASPRO.

## EFFECTS

A standard linear barcode representing the number 6 118000 170365.

*MIGRAINE  
NEVRALGIES  
FIEVRE - GRIPPE  
RHUME  
MAUX DE DENTS  
REGLES  
DOULOUREUSES  
COURBATURES  
RHUMATISMES  
LUMBAGO*



GALENICA

# DOLAMINE®

**paracétamol - caféine - prométhazine**

Voie orale  
20 comprimés

**Composition :**

Paracétamol .....	0,400 g
Caféine .....	0,025 g
Prométhazine chlorhydrate .....	0,005 g
Excipients q.s.p .....	1 comprimé
Excipient à effet notoire : lactose	
<b>Boîte de 20 comprimés</b>	
<b>AMM N° : 329 DMP/21/NCF</b>	

**DOLAMINE®**

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 15,30 DH



6 118000 190394