

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Médecine 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 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.

## Déclaration de 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

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.

Nº M21- 062465

83336

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06939 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OMAR E KABDELLAÏZAK

Date de naissance : 08/10/1961

Adresse : LOT 121 HAJI FATEH I - GR - BILAD I

..... OULFA / J. CAJABLANCA

Tél. : 066.817.04.16 Total des frais engagés : 180,- Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : AMHNINE CHAMS DROHA Age : 56

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : PANCREEN DE SEIN

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 : 10/09/2021

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	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	2014-07-21	B.1.b.a	180,00 DH

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'implant.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. The upper arch is oriented with the mesial side at the top and the distal side at the bottom. The lower arch is oriented with the mesial side at the bottom and the distal side at the top. The teeth are numbered according to the FDI system. Key anatomical features labeled include:

- H**: Mesial papilla of the upper central incisor.
- D**: Distal papilla of the upper central incisor.
- G**: Distal papilla of the lower central incisor.
- B**: Mesial papilla of the lower central incisor.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



Hôpital sans Tabac  
Fumer Tue

## BILLET D'EXAMEN

مستشفي بدون تدخين  
التدخين يقتل

Date :

29/06/21

Prénoms et Nom du Malade :

Hanine chamsi Daha

Service :

P.M.C

N° d'Admission :

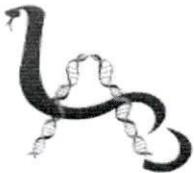
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
NFS, PZG  Urée, créat	

Le Médecin Traitant

Dr. Hanafi

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83



**مختبر التحاليل المُحْسِّنة دُعَاء لِدْج**  
*Laboratoire d'analyses médicales DOUALAB*

Dr. DADOUNE Loubna  
 Médecin biologiste

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Immunologie  
 Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Virologie

**Facture**

N° facture 21-1284

Casablanca, le 26/07/2021

Date de prélèvement 26/07/2021

Mme HNINE Chamsdoha

Code Acte	Designation Acte	Cotation
NFS	NUMERATION FORMULE SANGUINE	80
U	Urée	30
CREA	Créatinine	30

Total B	140
Total en dirhams	180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent quatre-vingt dirhams\*\*\*

DOUALAB  
 Dr. DADOUNE Loubna  
 Laboratoire d'Analyses Médicales  
 301 Lot Haj Fatah Casablanca  
 Tel : 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700