

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ons 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

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.

## entaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

Nº P19-0039025

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 023.17

Société : RAM

86296

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GUADI YAMNA

Date de naissance : 17/07/55

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : 1283,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  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.

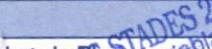
Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/09/2021

## 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	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DES STADES 2010 50, Rue Al FOUAD - Casablanca Tél : 05 22 21 25 25 Ref : 2010-09-25 IF : 40436642	29/09/2011	1283,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the Hückel system of cyclooctatetraene (C<sub>8</sub>H<sub>8</sub>). It shows two Kekulé structures of the eight-membered ring, each with alternating double bonds between adjacent carbon atoms. The top structure has a clockwise orientation of double bonds, while the bottom structure has a counter-clockwise orientation. The ring is labeled with carbon numbers 1 through 8. Above the ring, the letter 'H' is positioned above the first carbon, and below the ring, the letters 'B' are positioned below the eighth carbon. To the left of the ring, the letter 'D' is positioned to the left of the first carbon, and to the right, the letter 'G' is positioned to the right of the eighth carbon.

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;"><b>H</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<hr/>																		
<b>D</b>	<b>G</b>																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b>  <input type="text"/>																
		<b>DATE DU DEVIS</b>  <input type="text"/>																
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>  <input type="text"/>																

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**PHARMACIE DES STADES**

50 RUE AL FOURAT CASABLANCA RC 245509

IF:40436642 CNSS:1776569

Tél : 05 22 25 49 25

Patente : 35873067 ICE001634052000076

Le : 29/09/2021

**Facture N° 523 982****EL GUADI YAMNA**

FORME	PRODUIT	QTE.	PRIX	QTE * PRIX
CO	DIPREZAR /28	3	114.30	342.90
CO	TENORMINE X 28	2	83.10	166.20
CO	PRAZOL 20MG/28	4	96.00	384.00
CO	AMEP 5 MG/56	2	97.70	195.40
CO	AMEP 5 MG/56	1	97.70	97.70
CO	CIVASTINE 20 MG/28	1	97.60	97.60
<b>6</b>	<b>Total</b>	<b>13</b>		<b>1 283.80</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

1 283.80

MILLE DEUX CENT QUATRE-VINGT-TROIS DIRHAMS ET QUATRE-VINGTS  
CENTIMESPPV 126DH00  
PER 03/24  
LOT K657PPV 126DH00  
PER 12/23  
LOT J3395PPV 126DH00  
PER 03/24  
LOT K1244

→ 114,30

/ 83,10

/ 83,10

PPV: 96DH00  
PER: 11/22  
LOT: J1605-2PPV: 96DH00  
PER: 05/23  
LOT: J2230-1PPV: 96DH00  
PER: 08/23  
LOT: K827-2PPV: 96DH00  
PER: 08/23  
LOT: K827-2

— 97,30

97,30

—

97,30

PHARMACIE DES STADES 2016  
50, Rue Al Fourat - Casablanca  
Tél : 05 22 25 49 25  
RC: 245509 - Pte.: 35873067  
IF - 40436642