

# 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.

## **Pathologie 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.

## **Education :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séductions.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **Prothèse :**

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.

Le 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**

clamation : contact@mupras.com

se en charge : pec@mupras.com

ésion 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 personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 9100 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : EL MOUDNI MOHAMMED

Date de naissance : 09-12-65

Adresse : .....

Tél. : 06 67 33 69 79 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  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) : EL MOUDNI MOHAMMED

Le : ..... / ..... / .....

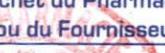
  
*EL MOUDNI MOHAMMED*

  
*EL MOUDNI MOHAMMED*

## 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
09/03/14	C	6		Dr. F. Abdellatif Chirurgien ALHASSANI

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/03/91	3912.-

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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 la

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**

D	<b>H</b>	
25533412		21433552
00000000		00000000
00000000		00000000
25533411		11433552

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

<b>O.D.F</b> <b>PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
	<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D —————— G</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>	25533412	21433552	00000000	00000000	D —————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
D —————— G												
00000000	00000000											
35533411	11433553											
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
DELEGATION D'ARRONDISSEMENT  
HAY HASSANI  
CHP HAY HASSANI

Basma Elmouadhi Ordonnance

Casablanca, 06/03/22

99

- cedes 20 mg. **SV**
- 32 g 16p 1j **SV**
- Starpen **SV**
- 36 16p x 9 j **SV**
- Mycodene 17 graine
- 1 APP x 9 j **SV**
- 32.50 + 17.30 **SV**
- Diprosone 0.05% pd. 10 j
- 1 app x 9 j pd. 10 j
- 1 app x 1 j
- 28.50 **SV**
- otifa. collum **SV**
- 79.56 1g H + 2 j **SV**
- Zetralax **SV**
- Mayrax x 2 j **SV**



کسی مشیل بنسیلین برناسرم

قرص ملمس

LOT 211386 EXP 05/25  
PPV 32.90 DH

قرص ملمس

LOT 211386 EXP 05/25  
PPV 32.90 DH

LOT 191336  
EXP 04/2022  
PPV 99.00 DH

قرص ملمس  
LOT 211386 EXP 05/25  
PPV 32.90 DH

Lot : 028  
À utiliser de  
préférence avant le : 04/2025  
PPC : 79,50 DH

LOT : 663  
PER : JAN 2024  
PPV : 32 DH 50

LOT : 056  
PER : AUT 2023  
PPV : 17 DH 30

**MYCODE**

LOT : 08019104  
PER : 12/2024  
PPV : 36.70 DH

Tonique

28,50