

# 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.

## Radiologie 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

- Reclamation : 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8N63

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHARIT Abdellah

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, Hay m'dadouia Rue 18 C 10

Tél. : 0661976341 Total des frais engagés : 1404,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. MOUSSA EL YOUSSEFI  
Médecin  
Service des Urgences  
CHP Ben M'sik Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.11.2022

Nom et prénom du malade : CHARIT Abdellah Age : 55 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : 179A a Infection

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : 21/11/2022

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
21/01/22				 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachez du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE DE LA SAINTE</b>	<b>21/11/12</b>	<b>1404,20</b>

## 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'ODF.

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 shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) and arrows indicating movement directions. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a vertical arrow labeled 'G' points downwards. The teeth are numbered as follows: 7 (top left), 8 (top middle), 1 (top right), 7 (bottom right), 8 (bottom middle), 1 (bottom left), 8 (middle left), 7 (middle right), 6 (middle left), 6 (middle right), 5 (middle left), 5 (middle right), 4 (middle left), 4 (middle right), 3 (bottom left), 3 (bottom right), 2 (bottom left), 2 (bottom right), 1 (bottom center). The arrows indicate movement paths for orthodontic treatment, such as moving teeth 8 towards the center and teeth 1 away from the center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 21/11/2022

## ORDONNANCE

Nom : CHARIT

Prénom : Abdellghani



(107, 10x4) - PHARMACIE DOUNIA  
 JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASA  
 TEL: 0522371441  
 ICE: 001534607000034

(50, 10x4) - 350,00 1 - 15 n  
 3) - Resalon 15 n - 0

140,00 1 - 0  
 4) - Spectru 18 n - 0

52,80 + 99,00 1 & 20 n  
 5) - Oeds 20 n - 0



PHARMACIE DOUNIA  
 JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASA  
 TEL: 0522371441  
 ICE: 001534607000034

Cachet et Signature

Dr HOUDA EL YATME  
 Médecin  
 Service des Urgences  
 CHP Ben M'Sik Casa

1404,20

①

107,50

107,50

107,50

107,50

②

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

③

350,00

④

LOT: 210329  
PER: 02-2024  
PPV: 140,20DH

⑤

LOT 201172  
EXP 04/2023  
PPV 52.80DH

LOT 201591  
EXP 06/2023  
PPV 99.00DH

⑥

43,20

43,20

43,20