

# 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

- 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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

|                                |                                    |                                   |          |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------|
| Matricule :                    | 83M                                | Société :                         | RAM      |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné | <input type="checkbox"/> Autre :  | ABDALLAH |
| Nom & Prénom :                 |                                    | HAFSA LI ABDALLAH                 |          |
| Date de naissance :            |                                    | 21/08/65                          |          |
| Adresse :                      |                                    | SETAT                             |          |
| Tél. :                         |                                    | 06 6158 8980                      |          |
|                                |                                    | Total des frais engagés : 226 Dhs |          |

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/08/23

Nom et prénom du malade : HAFSA LI ABDALLAH Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

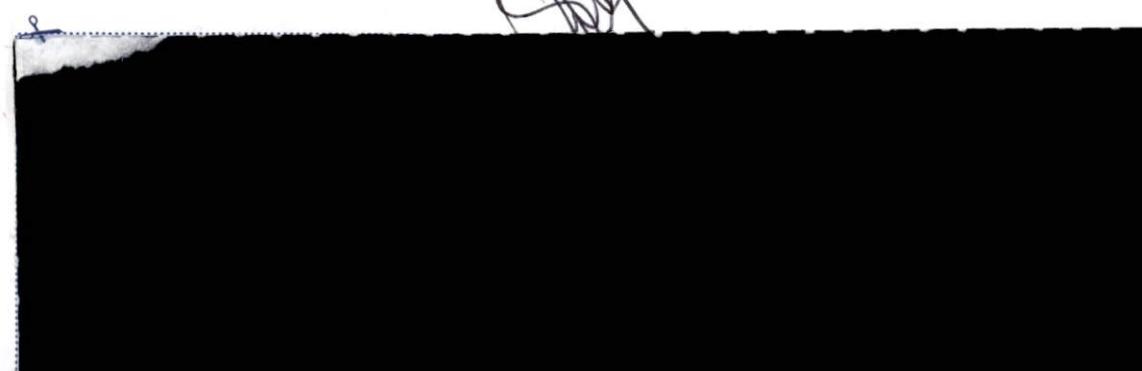
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : SETAT Le : 08/08/23

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 |
|-------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/08/2013<br>223 | C                 |                       | 150,-                           | DR. GHENNOU<br>ECHOSPARIS<br>8 CYRILLIC<br>MEDICAL             |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| DR. SOUADI EL HASSI<br>Pharmacie AL QODS<br>46 Bd. Med V.S.<br>052340220 | 08/10/23 | 75,00                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 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 |

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are defined by a horizontal axis (D-G) and a vertical axis (H-B). The teeth are numbered as follows: Top row (maxillary): 1, 1, 2, 3, 2, 1, 1, 2, 3, 4; Middle row (maxillary): 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6; Bottom row (mandibular): 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4; Bottom row (mandibular) mirrored: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3, 4.

**(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Bouchra GUENNOUNI

الدكتورة بشرى كنوونى

Echographie Générale  
et Gynéco-Obstétriques  
MEDECINE GENERALE

الشخص بالصدى  
الطب العام

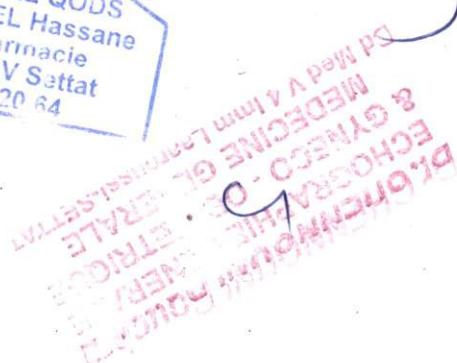
## ORDONNANCE

Settat, le ... 08/05/.....

223

RHTAHL  
MAYA  
DIBETTA  
LAROUSSI

75,00



# OXYMAG® Sommeil

Magnésium marin - Passiflore - Mélisse

## COMPOSITION :

Passiflore; Magnésium oxyde marin; Mélisse; Vitamine B2; Vitamine B6; Povidone (Liant); Sorbitol (Agent de charge); Microcrystalline cellulose (Désintégrant); Croscarmellose sodique (Désintégrant); Silice colloïdale (Agent d'écoulement); Stéarate de magnésium (Lubrifiant).

## INDICATIONS :

- Sommeil perturbé.
- Fatigue.
- Stress.

## PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Ne pas dépasser la dose recommandée.

Il est conseillé de prendre ce produit dans le cadre d'un régime alimentaire sain.

Déconseillé aux femmes enceintes.

## FORME / PRÉSENTATIONS

Boîtes de 10 et 30 comprimés.

## POSOLOGIE :

Adultes et enfants à partir de 12 ans :

2 comprimés par jour.

## VOIE D'ADMINISTRATION :

Voie orale.

Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fermer le tube immédiatement après usage.

Tenir hors de la portée et la vue des enfants.

Conserver dans un endroit frais et sec.

720196.07.22  
fxt9



Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Maroc  
Pharmacien responsable : O. MOTII

# **OXYMAG®**

*Marine magnesium - Passion flower - Lemon balm — Sommeil*

## **FORMULA :**

Passion flower; Marine magnesium oxide; Lemon balm; Vitamin B2; Vitamin B6; Povidone (Binding agent); Sorbitol (Bulking agent); Microcrystalline cellulose (Disintegrant); Croscarmellose sodium (Disintegrant); Colloidal silica (Flow agent); Magnesium stearate (Lubricant).

## **INDICATIONS :**

- Troubled sleeping.
- Tiredness.
- Stress.

## **PRECAUTIONS :**

Do not exceed the recommended dose.

It is recommended to take this product as a part of a healthy diet.

Not recommended for pregnant women.

## **FORM / PRESENTATIONS :**

Boxes of 10 and 30 tablets.

## **DOSAGE :**

Adults and children starting from 12 years old :

2 tablets daily.

## **DIRECTIONS FOR USE :**

Oral route.

Food supplement, it is not a medicine.

Close the tube immediately after use.

Keep out of reach and sight of children.

Store in a cool and dry place.



Lot Bachkou, rue 7, lot 10 - Casablanca - Morocco

Qualified person : O. MOTII