

# 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.

M22- 0059285

DLB

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	1196	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : RAM RAM CHAFAI			
Date de naissance : 02/07/1950			
Adresse : Sidi MAAROUF ESSMAAÏ 16225 CASA			
Tél. : 06 14 89 41 89		Total des frais engagés : 202,30 Dhs	

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 / 0

Le : 26/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : /S/

#### **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 Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 HACHEM HALLIL	26.7.23	202.30

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BELEVE 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 PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The grid is bounded by a thick black border. Arrows at the corners point inward towards the center of the grid.

- Top Left:** An upward-pointing arrow labeled 'H' at its tip, pointing towards the center.
- Top Right:** A downward-pointing arrow labeled 'B' at its tip, pointing towards the center.
- Bottom Left:** A leftward-pointing arrow labeled 'D' at its tip, pointing towards the center.
- Bottom Right:** A rightward-pointing arrow labeled 'G' at its tip, pointing towards the center.

The numbers in the circles are arranged as follows:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 2: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5, 4
- Row 3: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 4: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 5: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 6: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 7: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 8: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 9: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 10: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 11: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5
- Row 12: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 8, 7, 6, 5

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

०८१२३०

15.821580

ohs ohg

older older

580 W 26th

J Karpinski

My name is

indoor

Qte

10

1

T61:

34

10

1

1

1

MARITAL SADIA

.....  
.....

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 employees.

0  
1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9



08/18

P.H : 16.10 DH  
LABORATOIRES SOTHEMA

6 118001 070428

Distribué par les Laboratoires SOTHEMA  
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

TOBRADEX®

TOBRADEX®  
POMMAD OPHTALMIQUE

0,3/0,1%  
Boîte de 1 tube de 3,5 g PPV: 54,40 DH

Laboratoires Sotema, Bouskoura

AMM N° 155/18 DMP/21/ NRQ

6 118001 070602  
690206 MA

INDOCOLLYRE 0,1%

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270088

PPV : 58,00 DHS

رقم اللقمة

LOT

FAB

EXP/

ناريخ الإنتاج

ناريخ الإنتهاء

H9589

03-2023

08-2024



989671  
H9589  
03 2023  
LOT: 321133  
ZENTH PHARMA

INDOCOLLYRE 0,1% LOT: 321133 PPV : 58,00 DHS

6118001270088 AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM

ZENTH PHARMA EXP/ 08/2024

Collyre 5ml