

# 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- 0034305

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2220

Société : Retraite 172027

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : RAHHALI A. Sadiq ad

Date de naissance : 1982

Adresse : Rue 1 M66 Diourlakran Mohamed

Tél. 0667813518

Total des frais engagés : 200 DHT MSA 15 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 25/07/2023

Nom et prénom du malade : KHIAZE FATIMA EP RAHHALI Age: 61 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection oculaire

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

17/07/2023

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 : 17/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Amad

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RECEIPE DES HONORAIRES |                   |                       |                                 |   |
|------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes        | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
| 25/07/23               | CD                |                       | 20000                           | <br>Dr. Mohamed Zinoune<br>Ophtalmologiste<br>105 Zinoune 1 Rue Mansoura<br>Tunis 1002 - 11111 - Tunisia |
|                        |                   |                       |                                 |   |
|                        |                   |                       |                                 |   |
|                        |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date    | Montant de la Facture |
|---|---------|-----------------------|
|  | 25/7/23 | 115,15                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|                 |                |                  |             | Montants des soins      |
|                 |                |                  |             | Début d'exécution       |
|                 |                |                  |             | Fin d'exécution         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

## **[Création, remont, adjonction]**

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the top center and 8 at the bottom center. A vertical arrow points upwards from the center of the arch, labeled 'H' at the top. A horizontal arrow points to the left from the center, labeled 'D' on the left and 'G' on the right. A diagonal arrow points downwards and to the right from the center, labeled 'P' at the bottom right.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISA ET SACHET DU PRATICIEN A TITRE D'AVANTAGE PUBLIQUE



\* Ancien Ophthalmologist à l'Hôpital 20 Août

\* طبيب العيون سابقاً بمستشفى 20 غشت

\* Ancien Médecin Chef du Service d'Ophthalmologie  
à l'Hôpital Moulay Abdellah.

\* رئيس مصلحة طب العيون بمستشفى مولاي  
عبد الله سابقاً.

Mohammadia Le : ..... 25/07/2022 المحمدية في

K HIA TE LIPS RAHHALI  
FATIMA

24.60

1/ Frakidex oil

50 ml x 4 + 25 ml

22.00

2/ Sicco-protect oil

50 ml x 4 + 1 ml

20.80

3/ Frakidex oil

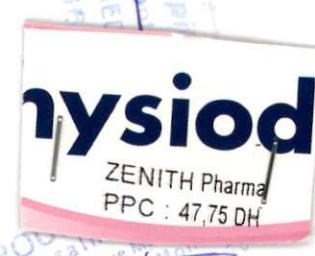
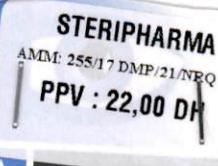
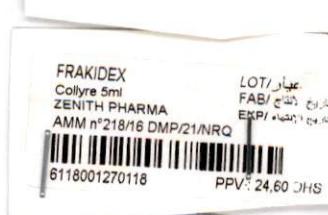
47.25

4/ physiodrops

brulee de la main

115.15

FRAKIDEX Pomm. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone Industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM



إقامة زينون 1 زنقة منصور الذهبي الطابق الأول الشقة 2 - المحمدية

Rés. Zinoune 1 Rue Mansour Addahbi Appt. 2 Etage 1 - Mohammadia

Tél. : 05 23 30 44 20