

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 : 7354 Société : ROM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMRoun AHMED

Date de naissance : 02/11/1967

Adresse : N°13 JMM 121 RLS GANAT DAMARUS

Tél. : 0661181218 Total des frais engagés : 684 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/10/2023

Nom et prénom du malade : HAMRoun Zad

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

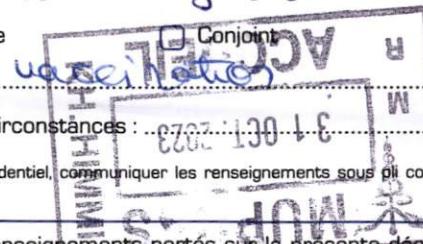
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 21/10/2023

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
21/10/13	1	1	300 DA	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21-10-23	384,90 DA

### ANALYSES - RADIographies

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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	
O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	D 00000000	G 00000000	B 35533411		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				DATE DU DEVIS	
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
PROTHESES DENTAIRES	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION	
	D 00000000	G 00000000	B 35533411		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 00000000		
DETÉRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered					

# ORDONNANCE

A

Le 21/10/13



Jad Hamseen

364 VARIAX

de 9 vitamine D 8

384,90 DH

Titulaire de l'AMM et fabricant/  
صاحب رخصة التسويق والمصنع  
Merck Sharp & Dohme Corp.  
770 Sunnypoint Pike, P.O. Box 4  
West Point, Pennsylvania, 19486,  
Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التفويض من قبل

Merck Sharp & Dohme BV  
Waarderweg 39, P.O. 581  
2031 BN 2003 PC Haarlem  
Pays-Bas/هولندا

VARIVAX® vaccin  
Suspension injectable  
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml  
PPV: 364,00 DH  
AMM N°: 789/16DMP/21/N1\*  
Distribué par MSD Maroc

