

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 : 2063 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Montaz Amri

Date de naissance : 01-01-1953

Adresse : Hag mouloudia 11 kods GR 22 N° 4

St. El bernoussi Casablanca

Tél. : 0671-1172-56 Total des frais engagés : 7997 Dhs. 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Faraj Kaoutar  
Médecin Généraliste  
Tél : 05 22 73 25 47

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/12/2023

Nom et prénom du malade : Robia Headz 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 :  Le :

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
18/11/23	3		150 DH	Docteur Faraj Kaoutai Médecin Généraliste Tél : 05 22 73 25 47

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/20	799.-

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on the upper arch and 1 through 8 on the lower arch). The teeth are arranged in a curve, with the upper arch curving upwards and the lower arch curving downwards. Four directional markers are present: 'H' at the top center, 'D' on the left side, 'C' on the right side, and 'B' at the bottom center. The teeth are numbered as follows: upper arch teeth are numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch teeth are numbered 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The numbers are placed near the corresponding teeth, with some numbers having small arrows pointing to specific teeth.

## **[Création, remont, adjonction]**

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE PRATICIEN

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Casablanca le: 18/12/23

Robia Mood Log

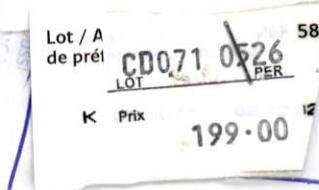
1) Depomedrol

199 x 2 ml/j 1/1

2) Chaudron au gel 1/1

3) 1268 x 2  
1288 2 gel 1/soir

4) Codein 100 mg



لا تؤدي إلى الفحص ولا التأمين الموجود على أوراق التأمينية

هي مباركة، مجموعة 4 رقم 1 الطلاق الأول سيد البرنوسي - أمام محطة الحافلة 800 و قرب مقهى بليبيكا

Hay Mobaraka Gr 4 N°1, 1er Etg - Sidi Bernoussi - ☎ 05 22 73 25 47

Lot.: 23B819  
Exp.: 02.2026  
PPV: 136DH50

Lot.: 23B820  
Exp.: 02.2026  
PPV: 136DH50