

# 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

- R**éclamation : contact@mupras.com
- P**rise en charge : pec@mupras.com
- A**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.

MLD M22- 0037060

**M**aladie

**D**entaire

188780

**O**ptique

**A**utres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2327

Société : RAM

**A**ctif

**P**ensionné(e)

**A**utre :

Nom & Prénom :

FALAH ABOUZYZZA

Date de naissance :

01.03.53

Adresse :

24 Rue Oulad Saïd Res. SOUTHL

3<sup>e</sup> étage BOURGOGNE CASA

Tél. : 0663227062 Total des frais engagés : 387,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

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

Lien de parenté :

**L**ui-même

**C**onjoint

**E**nfant

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 : 04/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 04/02/2023

#### 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

Pharmacie du Pharmacien  
de la Coupelle  
ou du Fourisseur  
La Corniche  
Moulay YOUSSEF  
CASABLANCA  
TEL/FAX 05.22.27.67.03  
EL ALLALI Naoual

Date \_\_\_\_\_

### Montant de la Facture

38780  
04-12-2

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four rows: top row (1, 2, 1, 2), second row (3, 4, 3, 4), third row (5, 6, 5, 6), and bottom row (7, 8, 7, 8). The teeth are represented by small circles with numbers inside. The diagram is centered on a horizontal axis with arrows pointing left (D) and right (G). At the top center is a vertical arrow pointing up (H), and at the bottom center is a vertical arrow pointing down (B).

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

			L'EXECUTION	



PHARMACIE LA CORNICHE

319.BD MLY YOUSSEF ANG BD EL HANK CASA

MLD

R.C. :1604

TVA:

Patente:35400

C.N.S.S:1774711

Tél : 022 27 67 03

Le 04/12/2023

**FACTURE N°764668**

N° ICE : 001764675000078

N° IF : 40209660

FALAH ABOUELYZZA

**ICE N° :**

*Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Quatre-vingat Sept Dirhams et 80 centimes.*