

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0015607

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 586 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HBAR Bouchar

Date de naissance : 1962

Adresse : Boulevard Hassan Vieux

Tél. : Total des frais engagés : 582 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/01/2024

Nom et prénom du malade : HBAR Bouchar Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Grippe

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 : Le : 15/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible]

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
Cachet du Pharmacien ou du Préposé	Date	Montant de la Facture
<b>RCE MOUSTAKBAL ADDOHA SIDI MAAROUF - CASABLANCA</b>	02/01/2024	232,00

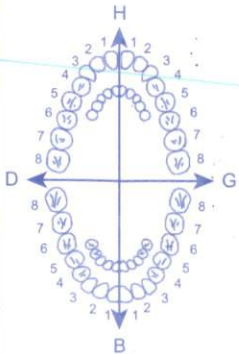
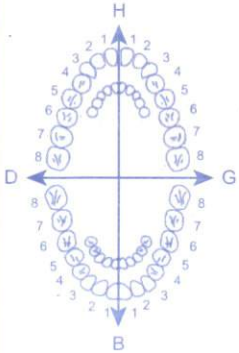
[illegible][illegible]

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DEBUT D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> FIN D'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>000db000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	000db000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> CCEFFICIENT DES TRAVAUX </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> MONTANTS DES SOINS </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DU DEVIS </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div> DATE DE L'EXECUTION </div> <div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	000db000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><b>D</b></td> <td><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<p><b>Coefficient</b> DES TRAVAUX</p> <input type="text"/>
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
<b>D</b>	<b>G</b>													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
<b>B</b>														
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p><b>MONTANTS</b> DES SOINS</p> <input type="text"/>												
		<p><b>DATE DU</b> DEVIS</p> <input type="text"/>												
		<p><b>DATE DE</b> L'EXECUTION</p> <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur EL ATOUANI Hind

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca



الدكتورة العطوانى هند

الطب العام

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le : 02/01/2024 في : الدار البيضاء،

Dr. BOUCHAIB HIRAR

51.40x2  
→ Orida 100mg  
14x21

46.70  
→ Zyloric 600mg  
14x1

13.30  
→ Calcicene 1mg  
14x3 → 14x3  
14x2 → 14x2

34.60x2  
→ Lactase 400mg  
14x1

Σ = 232,00

LOT : 23E003  
PER : 01 2027

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 23E004  
PER : 01 2027

LASILIX 40MG  
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

Colchicine 1mg

20 comprimés sécables



6 118000 082156

AMM N° 528/17DMP/2U/NRQ/R1

N° Lot: 1TJ550

Fab: 02/2021

Per: 02/2024

P.P.V. 51.40 MAD (Dhs)



ZYLORIC 100 mg

Boîte de 100 comprimés

A.M.M. N° 63

SOTHEMA BOUSKOURA

Remboursable A.V.



6 118000 022268