

# 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

- Reclamation : 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.

M23-0017659

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7259

Société :

RAM

191337

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NEZMI KHADIJA

Date de naissance : 28/11/1961

Adresse : LOT WAFANI NR 272 DEROUA BERRECHID

Tél. 07.07.87.12.60 Total des frais engagés : 243,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/01/24

Nom et prénom du malade : Nezmi Khadija

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie : enfus. System'q

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 : DEROUA

Le : 18/01/2024

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



## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| AS/10/24        |                   | cs. signé             |                                 | AMOUR Mariem<br>Médecine Interne<br>CHU Ibn Rochd Casablanca   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                      | Date        | Montant de la Facture |
|--|-------------|-----------------------|
| PHARMACIE EL OUED JOUR<br>224 lotissement el wataa<br>meroua<br>05.29.52/20154 | 15 - 1 - 24 | 243,00                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

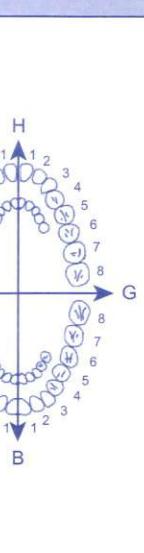
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## 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<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE |                  |             |                         |  |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). A vertical arrow labeled 'H' points upwards, indicating the mesial direction. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, indicating the distal direction. A horizontal arrow labeled 'G' points to the right, indicating the buccal direction. A vertical arrow labeled 'B' points downwards, indicating the lingual direction.

### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



IBN ROCHD  
ابن رشد

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale  
Casablanca الدار البيضاء  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

الملكة المغربية  
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية  
المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزير الصحة والحماية الاجتماعية  
+ ٣٣ ٥٢ ٨٨٠٤ ٨٣٥٠٦  
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

Casablanca, le : ١٥/٠١/٢٤.

## ORDONNANCE

Docteur : .....

N → N°: ٢٤٣٠٧  
N°: ٢٤٣٠٧

PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : ٠٥٢٢٥٣٢٠٥٤

1) Nystoflex

(P : A'S)

1x ٢٦ج فلت ١٥ج

2) Flexasant gel.

PHARMACIE EL OUMOUMA  
244 lotissement el wafaa  
Deroua  
Fix : ٠٥٢٢٥٣٢٠٥٤

1gel x ٢٦ج فلت ١٥ج

243.00

1 1

CHU IBN ROCHD CASABLANCA

GTIN: 06118001260850  
LOT: 4073  
MFG: 10 2022  
EXP.: 10 2025  
PPV: 940hs00



N° CE: 20212107651/VI/DMP/A/18

N° Lot:

Fab:

À consommer avant la date EXP :

PPC : 149.00 MAD

**MFLC.103**  
**02/2023**  
**01/2026**