

# 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.

M22- 0046150

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4673

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAHRA Afi

Date de naissance : 08-02-1953

Adresse : BP 4002 elyeb sefiane el Fida elyeb  
Casablanca

Tél. : 0661215936 Total des frais engagés : 325.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : Casablanca

Le : 09/04/2024

Signature de l'adhérent : Bahra

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

#### **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**



## **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
		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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 16) arranged in two rows of 8. Each tooth is accompanied by a symbol: a circle with a vertical line for upper teeth and a circle with a horizontal line for lower teeth. The symbols are as follows:

- Teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 (Upper row): Circle with vertical line.
- Teeth 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 (Lower row): Circle with horizontal line.

A horizontal arrow labeled "D" on the left and "G" on the right indicates the direction of the arch. A vertical arrow at the top points upwards, and another at the bottom points downwards, both labeled "H".

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**PHARMACIE NABILA**  
13 LOT GHIZLANE AN BD FOUARAT OULAD ZIAN

R.C :

Patente:31917074

T.V.A :

Tél : 0522 63 69 09

Le 02/04/2024

**FACTURE N°91135**

N° ICE :

N° IF :

**BAHRA ALI**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	URISPAS CO 30U	58,40	58,40		
2	CONTIFLO CO 0.4MG 30G LP	102,50	205,00		
1	URISPAS CO 30U	62,50	62,50		

Handwritten notes and signatures are present on the left side of the table, corresponding to the items listed:

- For the first row (URISPAS CO 30U):
  - LOT 240100 1
  - EXP 12 2026
  - PPV 58,40
- For the second row (CONTIFLO CO 0.4MG 30G LP):
  - PPV: 102 DH 50
- For the third row (URISPAS CO 30U):
  - LOT 232124 1
  - EXP 06 2026
  - PPV 62,50

A large blue oval stamp is located on the right side of the table, containing handwritten text:

PHARMACIE NABILA  
13 lot Ghizlane An Bd Fouarat Oulad Zian - 0522 63 69 09 - Tél : 022 63 69 09 - H.A.T.S.R - C.S.R  
Arrêté la présente facture à la somme de : Trois Cent Vingt Cinq DIRHAMS et 90 centimes.

**TOTAL T.T.C :**

**325,90**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trois Cent Vingt Cinq DIRHAMS et 90 centimes.

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

MR BANNA AL

Matricule :

N° CIN : B 16 548

Adresse : B.P. 4002 Deib Sidus Deib Sultan EL Fida Casab

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

Docteur ANIBOU Adib  
Médecine Générale

N° ICE :

N° INPE :

Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca  
Tél: 0522 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88  
INPE: 091011348

Certifie que Mlle, Mme, M. :

MR BANNA AL

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

dysurie - Et prostatite

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Demiflas - cefazip

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : 08 AOUT 2023 /

Cachet et signature du médecin traitant :

Docteur ANIBOU Adib  
Médecin Général  
Hay El Farah Rue 50 N°22 - Casablanca  
Tél: 0522 81 21 42 - GSM: 06 61 31 65 88  
INPE: 091011348

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

