

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3095 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FRASSI EL ARBI

Date de naissance : 02/01/1950

Adresse : HABITAT ELLE

Tél. : 06 73 88 18 36

Total des frais engagés : 47420 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Mohamed DAKIR  
Chirurgien Urologue  
INPE : 091167619

Date de consultation : 27/03/2024

Nom et prénom du malade : EL FRASSI EL ARBI

Age : 74 ans

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hydronephrose

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 : Casa

Le : 27/03/2024

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
07/05/2014	c.g		2500 AF	Chirurgien : 091167619 Dr. Hassan Mohamed DABOUR

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	WAK Date REC	Montant de la Facture
<del>FARM DR. B. Rue 65 Casablanca - Tel: 05 22 00 05 56</del>	27/03/24	124,22 dh

## **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'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely representing the upper arch, oriented vertically. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. The numbers are arranged as follows: 1 at the top, 2 below it, 3 to the left of the central incisors, 4 to the right, 5 below 3, 6 below 4, 7 below 5, 8 below 6, 8 on the far left, 7 to its right, 6 below 7, 5 to the right of 6, 4 below 5, 3 to the right of 4, 2 below 3, 1 below 2, 2 on the far right, 3 to the left of the central incisors, 4 to the right, 5 below 3, 6 below 4, 7 below 5, and 8 below 6. The letters D, H, and B are positioned at the top, bottom, and bottom-left respectively.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Casablanca, le 27/13/24

ORDONNANCE

Nom EL FERADWI Prénom : El Amin

1) OFR KEW ~~on eff. cat~~ 200 mg  
158,90 Dhs 1 cpx 210 → 100



Cetamyl S.V. 200 mg



15,30  
174,25 cpx 310

PHARMACIE HAY EL WIFAK'  
Dr. BOUDAD Abdellah  
Rue 65 Lot 778 El Wifak 3  
Casablanca - Tél: 05 22 30 00 56

Sur

Professeur Mohamed DAKIR  
Chirurgien Urologue  
INPE . 091167619

W 13 (5) 84

a 10M