

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

RAS 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

CA

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0002786

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7004 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_  
Nom & Prénom : AMELLAH JEDIR Date de naissance : 11/1/64  
Adresse : 233 lot 101000 CASA  
Tél. : 06 61 33 98 60 Total des frais engagés : 683,30 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

##### Cachet du médecin :



##### Date de consultation :

##### Nom et prénom du malade :

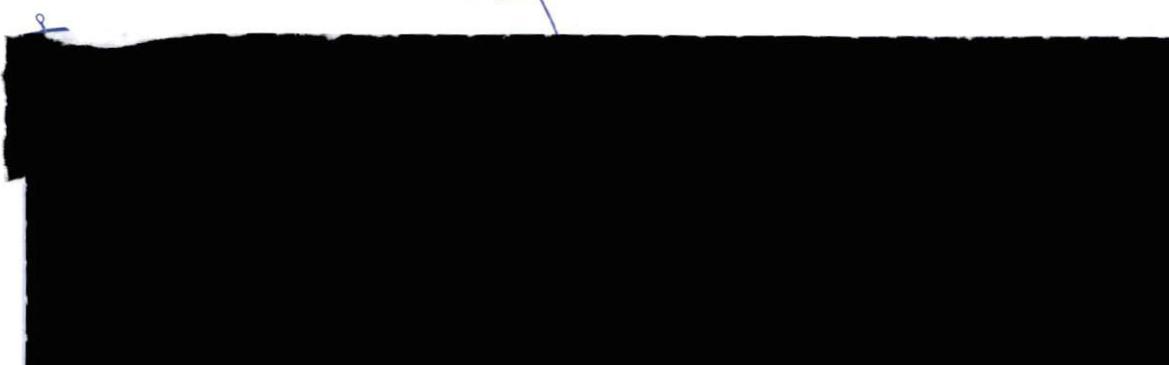
##### Lien de parenté :

##### Nature de la maladie :

##### 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 : 11/10/18  
Signature de l'adhérent(e) : J. Dali



#### **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
16-07-19	S	3000	3000	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KUHN Voie d'Assainissement 14-16 74100 CHAMONIX-MONT-BLANC Tél: 05 52 93 86 30 - Fax: 05 52 93 86 36 ICE: 001551556000078 - IF: 4016 000	16/07/09	383,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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'O.R.T.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				-
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled: D (left), H (top), C (right), and B (bottom). Each tooth is represented by a circle containing a number and a symbol. The symbols indicate specific dental characteristics or treatments:

- D Quadrant:** Teeth 1 through 8. Symbols include: 1 (circle), 2 (circle with dot), 3 (circle with cross), 4 (circle with dot and cross), 5 (circle with dot and cross), 6 (circle with dot and cross), 7 (circle with dot and cross), 8 (circle with dot and cross).
- H Quadrant:** Teeth 1 through 8. Symbols include: 1 (circle with dot), 2 (circle with dot), 3 (circle with dot), 4 (circle with dot), 5 (circle with dot), 6 (circle with dot), 7 (circle with dot), 8 (circle with dot).
- C Quadrant:** Teeth 1 through 8. Symbols include: 1 (circle with dot), 2 (circle with dot), 3 (circle with dot), 4 (circle with dot), 5 (circle with dot), 6 (circle with dot), 7 (circle with dot), 8 (circle with dot).
- B Quadrant:** Teeth 1 through 8. Symbols include: 1 (circle with dot), 2 (circle with dot), 3 (circle with dot), 4 (circle with dot), 5 (circle with dot), 6 (circle with dot), 7 (circle with dot), 8 (circle with dot).

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Doctor Houria EL MADMAD ARABOU

Neurologie Neurochirurgie

Electro - Encephalographie

Sur Rendez-vous



الدكتورة حورية المحمدى عبادو

إختصاصية في أمراض الرأس

جراحة الدماغ و العمود الفقري

التخطيط الكهربائي للدماغ

بالموعد

Casablanca , Le : 16.07.19

الدار البيضاء، في :

٧٢ AHMECAH - Jilali  
٥٠,٦٥٩٢٣  
٠٨١٤٤(B)(F) ١٤٩٢١٢ S  
٣٦٥٦٦٦  
٣٦٥٣٩٣,٦ ١/٢ ٤٩٠١٩ ٣٣٥٨  
٤٩,٤٥٩٥٦  
→ Coltrax ١٩٩٢١٢ S  
٠ ٦٧٦٩٠٩٠٩ ١٤٩٠٩٠٩  
38390



PHARMACIE TILILA  
Voie d'Aménagement H.H 47 N°  
Hay Laymag - Hay Hassani  
Tél: 05 22 93 88 94 - Fax: 05 22 93 87 15  
ICE: 001561568000078 - IF: 40155060

17, «Pasteur Build» Place Charles Nicole - 1er étage (Face à l'Institut Pasteur) - Casablanca

Tél.: 05 22 22 84 18 - Urgences : 06 61 31 11 14

E-mail : elmad-neuro@hotmail.com

٢٢.٠٧.٢٠١٩ RDV ١٦.٠٧.٢٠١٩

**PRINCI-B**

PPV 50.60 DH

LOT N374 PER 03/22

**30 comprimés enrobés**

*Voie orale*



SYNTHEMEDIC

**PRINCI-B**

PPV 50.60 DH

LOT N374 PER 03/22

**30 comprimés enrobés**

*Voie orale*



SYNTHEMEDIC

**Alpraz®**

Alprazolam

**0,5 mg**



28 Comprimés sécables

*Voie orale*

أقراص  
12 قرصاً من 4 ملغ

# كولطراكس®

تيوكولشكزيـد

12 قرصاً من 4 ملغ

49,40

# كولطراكس®

تيوكولشكزيـد

12 قرصاً من 4 ملغ

49,40

# كولطراكس®

تيوكولشكزيـد

12 قرصاً من 4 ملغ

49,40

# كولطراكس®

تيوكولشكزيـد

أقراص  
12 قرصاً من 4 ملغ

49,40

# كولطراكس®

تيوكولشكزيـد

49,40