

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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](http://www.mupras.com)

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *6064* Société : *RAM*  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : *AZIZ ABDELAZIZ*  
Date de naissance : *15-01-1959*  
Adresse : *7 Résidence du PARC N° 15*  
Maison individuelle  
Tél. : *0661201229* Total des frais engagés : *54.21* 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 : .....

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 : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/12/2020	58.-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of vertices, each labeled with a number from 1 to 8. The vertices are arranged in a pattern that forms a central loop with a width of 2. The numbers are: Row 1: 1, 2, 1, 2; Row 2: 3, 2, 1, 2, 3, 4; Row 3: 4, 5, 6, 5, 4, 3; Row 4: 5, 6, 7, 6, 5, 4; Row 5: 6, 7, 8, 7, 6, 5; Row 6: 7, 8, 8, 7, 6, 5; Row 7: 8, 7, 6, 5, 4, 3; Row 8: 7, 6, 5, 4, 3, 2; Row 9: 6, 5, 4, 3, 2, 1; Row 10: 5, 4, 3, 2, 1, 2; Row 11: 4, 3, 2, 1, 2, 3; Row 12: 3, 2, 1, 2, 3, 4. Arrows point from vertex 1 to 2, 2 to 3, 3 to 4, 4 to 1, 1 to 2, 2 to 3, 3 to 4, 4 to 1, and 1 to 2. There are also arrows pointing from vertex 1 to 1, 2 to 2, 3 to 3, 4 to 4, 5 to 5, 6 to 6, 7 to 7, and 8 to 8.

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# Pharmacie du Polo - Casablanca

Lahlou Nadia

0522501177

56 BIS BOULEVARD NADOR - POLO , CASABLANCA



Facture N° 20201224-783

Date de vente : 24/12/2020

Médecin traitant :

MR AZIZ ABDELAZIZ

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DOLIPRANE CO 1000MG B10 COMP	1	14,00	TVA (7.00%)	14,00
NODOL CODEINE CO 500MG 30MG B20 COMP	1	28,00	TVA (7.00%)	28,00
TITANOREINE CR 20G CREME	1	16,00	TVA (7.00%)	16,00



Total HT	54,21 DHS
TVA	3,79 DHS
<b>Total</b>	<b>58,00 DHS</b>

Arrêté la présente facture à la somme de : cinquante-huit DHS

