

# 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 : 7931

Société :

136836

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUCHALEB ABDELHAFID

Date de naissance : 02-04-1953

Adresse :

Tél. : 0668262602

Total des frais engagés : 354,62 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2022

Nom et prénom du malade : BOUCHALEB ABDELHAFID

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Brm chit

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

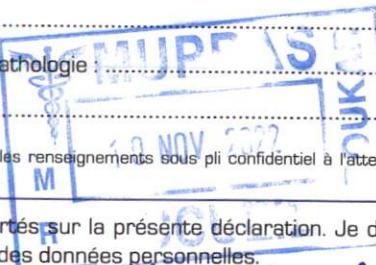
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 10/11/2022

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
10/01/2022	C1		15000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/11/2022	204,60

## 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
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a dental arch showing the upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the left and right sides. Landmarks are indicated: H at the top center (incisor), D on the left side (diastema), G on the right side (gap), and B at the bottom center (buccal). A vertical line extends from H through the center of the arch, and a horizontal line extends from D through the center, intersecting at the midline.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur BADSSI Fouâd**

Diplômé d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de Montpellier (France)

Diplôme en diapétiologie

Nutrition de la Faculté  
de Bordeaux - France

**الدكتور البداسي فؤاد**

حاصل على دبلوم الفحص بالأمواج الصوتية  
من جامعة مونبولي (فرنسا)

دبلوم المرض السكري

والحمية من جامعة

بوردو - فرنسا

Casablanca, le

10/11/2022

nr BouGharrab AB DFL 13A F(2)

29,00  
m 6 1

Afzix

300

(SV)

14,60 x 2  
m

Dohar

13

(SV)

(N2)

21,00  
m

Feuille

(SV)

x 3



5 Suhne 2000 m (L) m

(L) m

05.22.29.19.17 : ( ) 896، شارع الْكَمْتَنَار إِدْرِيسُ الْحَارَثِي - قرية الجماعة - الدار البيضاء - ( )

896, Bd. Cdt. Driss El Harti - Cité Djamaâ - Casablanca - ( ) : 05.22.29.19.17

7

pectryl SV

34,70

T = 204,60



Dr BADSSI Fouad  
ECHOGRAPHIE  
896, B.P. Cité Biss El Haddi  
Cité Djemaa - Casablanca  
Téleph. 29519-12



**Isolone® 20 mg**  
Prednisolone  
20 Comprimés effervescents

إيزولون® 20 مل  
بريدنوزولون 20  
فرا فوارا 20



**Isolone**  
Prednisolone

40,00



6 118000 031901

