

# 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.

### Optique :

une entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de corrections.

Le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

;

cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est à faire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

Le soin préopératoire et postopératoire est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

### Maladie Chronique 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

Information : contact@mupras.com  
en charge : pec@mupras.com  
sion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 487

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENOUALA Bachir

Date de naissance :

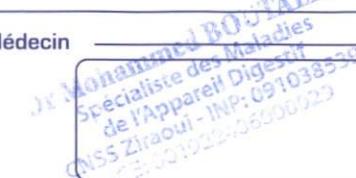
1567A

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/03/2023

Nom et prénom du malade : BENOUALA Bachir Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Ménier

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/03/23	CS		150,00	RECEUILLIE PAR M. BOURGEOIS Spécialiste des Maladies de l'Appareil Dentaire Zinovi - 2023

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/03/23	4384,00
	25/3/23	2192,00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE: 092004351	00066		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

## O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

## [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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 15.03.2013

1. BENOUALI Rachid

1096,00 x 2  
- Atumine 20% 2 flacon

PHARMACIE AL BOUDOUR Sarl AU  
115, Rue Sebta Qu.des hôpitaux, Casa  
pharmaciealboudourcasa@gmail.com  
Tél: 0522 86 04 63/ 86 54 37  
Fax: 0522 86 04 67- IF: 40464164  
RC: 252331-ICE: 001448477000066  
INPE: 092004357



Dr Mohammed BOU'ALEB  
Spécialiste des Maladies  
de l'appareil Digestif  
CNSS Ziraoui - INR: 091038539  
ICE: 001922406000029

Distribué par HEMOLAB PHARMA  
ZI SAHEL Lot N° 125HAD SOUALEM  
D.BRICA ,Pharmacien Responsable  
AMM: 350/16 DMP/21/NNP  
PPV : 1096.00 DH

LE

Distribué par HEMOLAB PHARMA  
ZI SAHEL Lot N° 125HAD SOUALEM  
D.BRICA ,Pharmacien Responsable  
AMM: 350/16 DMP/21/NNP  
PPV : 1096.00 DH

## وصفة ORDONNANCE

le ..... 2013/2014

2. ~~now or not~~ ~~but~~ ~~but~~

$$1096.00 \times 4$$

4384.00

Dr. med. **Pauline BOUJALÉ**  
Spécialiste des Maladies  
de l'appareil Digestif  
CHU de Dijon - BP 42000 - 21042 Dijon Cedex  
Tél. 03 80 35 19 70

Distribué par HEMOLAB PHARMA  
ZI SAHEL Lot N° 125HAD SOUALEM  
D.BRICA ,Pharmacien Responsable  
AMM: 350/16 DMP/21/NNP  
PPV : 1096.00 DH

Distribué par HEMOLAB PHARMA  
ZI SAHEL Lot N° 125HAD SOUALEM  
D.BRICA ,Pharmacien Responsable  
AMM: 350/16 DMP/21/NNP  
PPV : 1096.00 DH

Distribué par HEMOLAB PHARMA  
ZI SAHEL Lot N° 125HAD SOUALEM  
D.BRICA ,Pharmacien Responsable  
AMM: 350/16 DMP/21/NNP  
PPV : 1096.00 DH

Distribué par HEMOLAB PHARMA  
ZI SAHEL Lot N° 125HAD SOUALEM  
D.BRICA ,Pharmacien Responsable  
AMM: 350/16 DMP/21/NNP  
PPV : 1096.00 DH