

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.

M23-003749

173300

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 514 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : LYASSINI mohamed.

Date de naissance : 01-01-1945

Adresse : 10 Bd Tchekka Haga ALINAZA I

Ain Chock CASABLANCA

Tél. : 0611423232 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/07/2023

Nom et prénom du malade : LYASSINI Aicha. Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : goutte dentaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

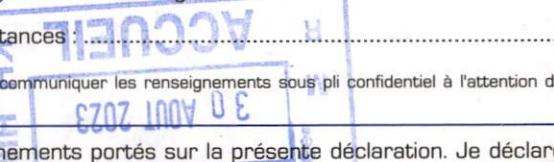
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 10/07/2023

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
	13/07/23	333,00 092010396 INPE:

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

<u>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</u>	<u>Date</u>	<u>Désignation des Coefficients</u>	<u>Montant des Honoraires</u>

AUXILIAIRES MEDICAUX

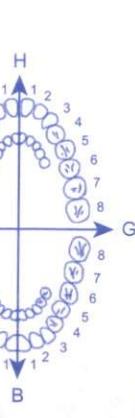
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
	<p>19/07/23</p> <p>Gabrieline</p> <p>le 18.07.2023</p> <p>24/08/23</p>														
	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	MONTANTS DES SOINS														
	DEBUT D'EXECUTION														
	<p>19/07/23</p> <p>24/08/23</p>														
	FIN D'EXECUTION														
	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	MONTANTS DES SOINS														
<p>DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G	00000000	00000000													
DATE DU DEVIS															
DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE DENTAIRE CHIFAA
مركز طب الأسنان الشفاء

Ordonnance

Le

19/07/2023

Centre Dentaire Chifaa
Docteur Widad KAF
Chirurgien Dentiste
Centre imm. 3 Rue 75
El Oulfa Casablanca
N°21, Casablanca
Télé: 022 52 63 99
Email: widad.kaf@chifaa.com

PHARMACIE ANNAJAT CASA
Lercheur Mohamed ARRAZI
Docteur en pharmacie Imm J
Inara 1, Pts Al Boustane Imm J
N°21, Casablanca
Télé: 022 52 63 99
Email: annajatcasa@gmail.com

PPU: 126,30 DH
LOT: 652139
PER: 04/25

PPU: 126,30 DH
LOT: 651840
PER: 03/25

- 1) Augmentin 1g (3x2) sécher 2x/j pft 8J, à commencer le 08/07 la veille.
- 2) Solupred (20mg) (3x) 100 mg en une seule prise, le matin / pft 5J à commencer le jour de l'intervention
- 3) Doliprane 100 mg (3x) 1cp en cas de malaise, sans dépasser 4cp/j
- 4) Eludril (B.B) 4cp/j En cas de 3x/j à commencer 24h plus après

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
Solupred 20 mg 20 cp
P.P.V: 48,70 DH

6 116000 060536

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M1989

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
PER: 01/2026

6 118000 010548



Ordonnance

Le 24 / 08 / 2023

Note d'hospitalisation

Dr. Mme L. YASSI M.I
Centre Dentaire Chifaa
Chirurgien Dentiste
Lot 37 Giza, Bd Oum Rabii, Casablanca
Tél: 0522 65 86 78 - Fax: 0522 65 86 77

Extraction de la 88

D10

600, 500

six cent 88

Centre Dentaire Chifaa
Dr. Mme L. YASSI M.I
Chirurgien Dentiste
Lot 37 Giza, Bd Oum Rabii, Casablanca
Tél: 0522 65 86 78 - Fax: 0522 65 86 77

DR kaf widad

Ms. aicha lyassimi

10 APR 5

Né(e) le : 01/01/1901
Numéro INSEE :



Date du cliché : 24/08/2023

Localisation :

Commentaire :

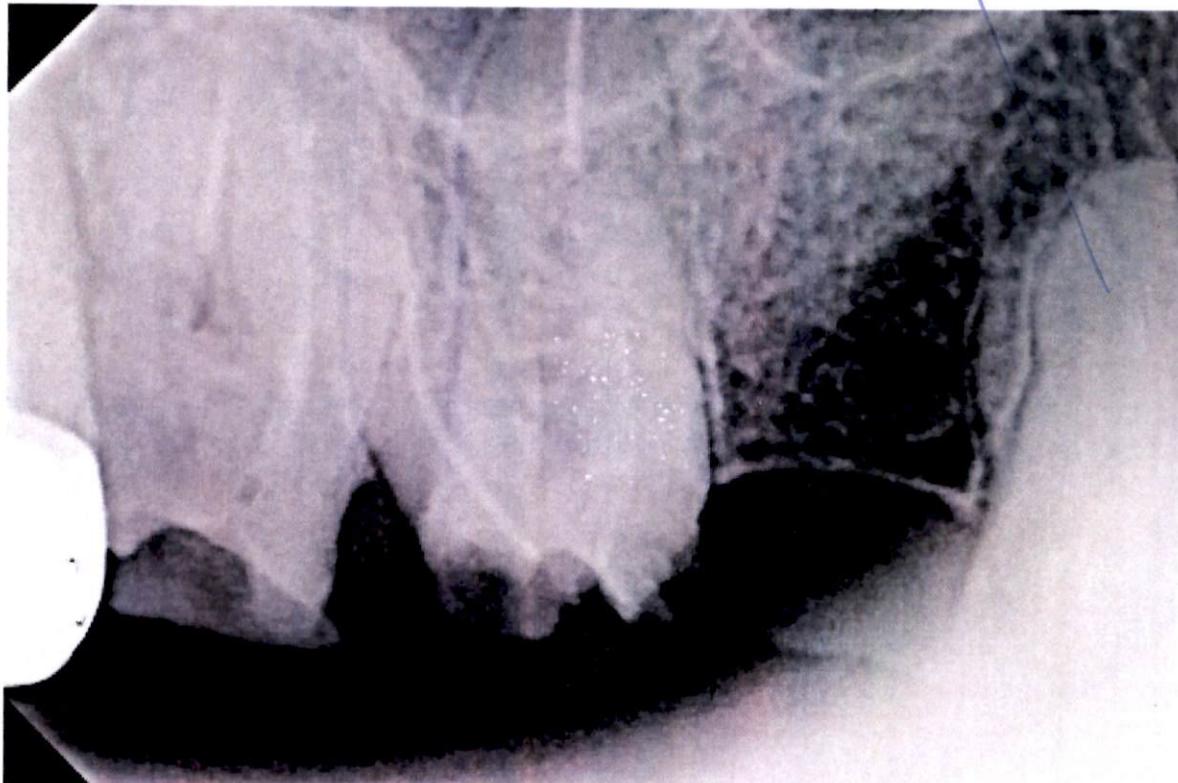
Extracted 18/10/2018

DR kaf widad

Ms. aicha lyassimi

na lyassimi
M. Avant

Né(e) le : 01/01/1901
Numéro INSEE :



Date du cliché : 19/07/2023

Localisation :

Commentaire :