

# 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 : 6249 Société : 175904

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FAZI EL FINARI MOHAMMED

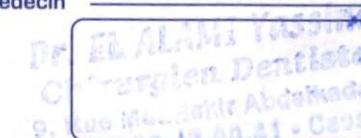
Date de naissance : 08/10/1959

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 79 38 22 19 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/08/2019

Nom et prénom du malade : EL FAZI Mohamed ..... Age :

Lien de parenté :  lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gonorrhoea

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 : CASIA Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## 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
CEU Hôpital Sainte-Justine Montréal Québec H3T 1C5 Téléphone 514 344-2000 Télécopieur 514 344-2004	28/03/23	879.00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHS			

#### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		<i>Covert</i>		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553 B		MONTANTS DES SOINS
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Yassine EL ALAMI

Docteur d'Etat en Chirurgie Dentaire  
Diplômé de la F.M.D de Monastir

- Soins et prothèses dentaires
  - Orthodontie
  - Blanchiment

الدكتور ياسين العلمي

طبيب جراحي للأسنان  
خريج كلية طب الأسنان بمنستير

Casablanca, le

28/8/23

EL FAJIT Mohamed

1) Amoxil (T).

5,00 1 c à l j poe t tg

2) Bucotycol.

1890 3 mg/j

2) Ditryptan.

14,00 1 MACA 1/1

8790 chen

PHARMACIE  
Dr. Yassine El Alami  
615, rue Saladique Angle  
Rue de la Kasbah 95  
Casablanca  
Tel: 05 22 47 00 41  
05 22 47 00 41  
RC: 318383

Dr. Yassine El Alami  
Chirurgien Dentiste  
9, Rue Mouftakir Abdelkader  
2<sup>e</sup> Etage - Appt.3 - Casa  
Tél : 05 22 47 00 41

**Amoxil** 12 comprimés  
amoxicilline dispersibles 1g'



**BUCCO  
THYMOL**  
à la Lidocaïne 150 ml  
Solution pour bain de bouche  
et gargarismes

18,90

PPV 55,00 DH  
LOT 650867  
PER 11/24