

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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 : <u>2698</u>	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>BOUMZATIRIS La houcine</u>	
Date de naissance : <u>02/07/1953</u>	
Adresse : <u>Haut Sidi Abdellah Avenue 29 N° 60</u>	
Tél. : <u>06 33 52 91 02</u>	Total des frais engagés : <u>400</u> Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed DAINE**  
**Chirurgien Dentiste**  
8d Mokhtar Ben Ahmed El Camaoui N° 240  
El Qods Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél. 0522 73 82 24

Date de consultation : 5/10/2023

Nom et prénom du malade : BOUMZATIRIS LA HOUCINE Age : 70

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Soul d'abdomen

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

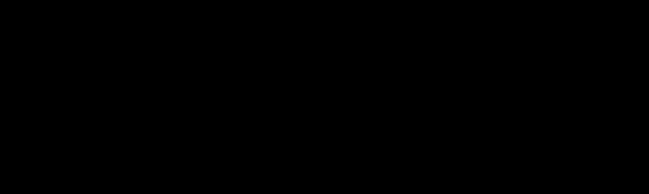
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CHSA

Le : 25/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



**Déclaration de Maladie**

M23- 021128

## **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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. H. Béniat	05/10/2012	ASPIRINE 500 mg DANETAROL 200 mg	200,00

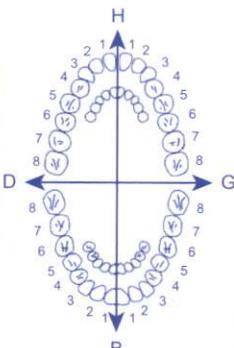
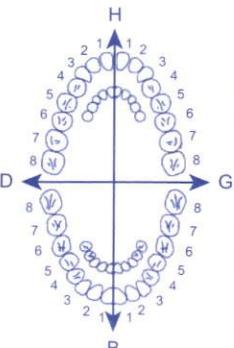
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
		consultation Dr. 200 DH.	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		Dr. Mohamed DAZINE Chirurgien Dentiste Bd. Mokhtar Ben Abdellah El Gamaoui N° 240 3 <sup>e</sup> Oads Sidi Bernoussi Casablanca Tél: 0571 77 82 24	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION Dr. Mohamed DAZINE Chirurgien Dentiste Bd. Mokhtar Ben Abdellah El Gamaoui N° 240 3 <sup>e</sup> Oads Sidi Bernoussi Casablanca		

# **Dr DAZINE MOHAMED**

## **Chirurgien Dentiste**



الدكتور محمد دازين  
طبيب جراح في الأسنان

شارع المختار بن أحمد الكرناوي رقم 240 حي القدس - البرنوصي - الدار البيضاء  
Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui N° 240 Hay El Qods Bernoussi - Casablanca

Casablanca, le : 5, 10 23

## **NOTE D'HONORAIRE N° :**

**Nom du patient :** Bérym ZAIRIG LAHOUCKE

**La présente note d'honoraire est arrêtée à la somme :**

200 Pt  
Cachet:

Cachet :

Dr. Mohamed DAZINE  
*Chirurgien Dentiste*

ICE : 001814261000050 / INPE : 094016714 / I.F : 53011300 Chirurgien Dentiste  
Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui N° 240  
Gods Sidi Bennoussi Casablanca

**Dr. DAZINE Mohamed**

*Chirurgien dentiste*

Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui  
N° 240 Hay El Qods Bernoussi - Casa  
Tél.: 0522.73.82.24

**الدكتور محمد دازين**

طبيب جراحي للأسنان

شارع المختار بن أحمد الكرناوي  
رقم 240 حي القدس - البرنوصي  
البيضاء - الهاتف: 05.22.73.82.24

Casablanca, le : 05.10.23

Nom Brunzaiing LA THERAUCINE.

Radiie par me remis

**Dr. Mohamed DAZINE**  
*Chirurgien Dentiste*

Bd. Mokhtar Ben Ahmed El Garnaoui N° 240  
Hay El Qods Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél: 0522 73 82 24

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

**Docteur Bouchaib ELMDARI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

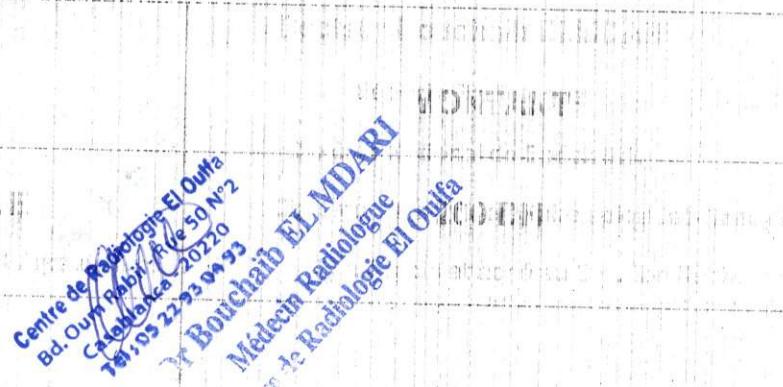
Casablanca, le 05/10/2023

**FACTURE N°09963/2023**

**NOM & PRENOM: BOUMZAIRIG LAHOUCINE**

EXAMEN	Docteur Bouchaib ELMDARI
RX. PANORAMIQUE	Diplôme N°09963/2023 200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC



Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca

Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563 Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057

E-mail: [radiologie-oulfa@com](mailto:radiologie-oulfa@com)