

# 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.

M23-0026984

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e).

Matricule : 1698

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Nkhanfar

Fatna

Date de naissance : 1944/10/01

Adresse : Hay El hanif rue 30 n° 11 Casab

Tél. : 061.60.97.21

Total des frais engagés : 126,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/11/2023

Nom et prénom du malade : Dr Nkhanfar Fatna Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Consultation

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 :

Le : / /

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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

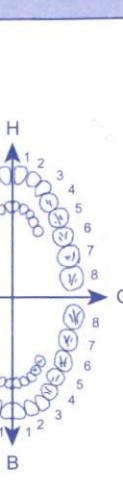
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
		Consultation C <sub>2</sub>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	C <sub>2</sub>
			MONTANTS DES SOINS	grat
			DEBUT D'EXECUTION	03/11/23
			FIN D'EXECUTION	

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

A dental arch diagram showing upper and lower teeth. The upper arch has teeth numbered 1 through 8. The lower arch has teeth numbered 1 through 8. A vertical line labeled 'D' at the bottom left and 'G' at the bottom right serves as a central axis. A horizontal line labeled 'B' at the bottom center extends from the vertical axis. A diagonal line labeled 'A' extends from the bottom left to the top right. A point labeled 'C' is located in the upper right quadrant. A point labeled 'E' is located in the lower left quadrant. A point labeled 'F' is located in the lower right quadrant. A point labeled 'H' is located in the upper left quadrant. A point labeled 'I' is located in the lower center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur NADIA SAADI

الدكتورة نادية سعدي

Chirurgien Dentiste

Casablanca, le : 03/11/23

Le  
Raouasli Hassan

12639

PHARMACIE HAYEL HANA  
Mme. FIKRI Soumaya  
Téléphone : 0522 23 57 48

SV

Isachet Keffi, Dr

Dr. NADIA SAADI  
Chirurgien Dentiste  
Casablanca  
Tél. : 0522 25 32 78

52, Rue Socrate 1<sup>er</sup> Etage Appt.N° 1 Maârif Extention - Casablanca

Tel. : 0522 25 32 78 - E-mail : cabinet.drsaadinadia@gmail.com

Amel l'is from  
El Hana

HARMACIE HAY EL HANA  
Mme. AIKRI Soumia  
Marche El Hana Hay El Hana  
T: 03 22 34 57 47

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
12 sachets



6 118000 160175



**AUGMENTIN** 1g/125 mg  
sachets

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
Prendre de préférence au début des  
repas, pendant ..... jours.

Lu attentivement la notice avant emploi.

مكبس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

PPU: 126,30 DH  
LOT: 652422  
PER: 05/25

