

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

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

ap No 2

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3440 (01)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : décédé

Nom & Prénom : Edder Blali Bouchra veuve Sefiane

Date de naissance : 11/07/1966

Adresse : 178 Appt 32 résidence Isfane Hay makhadem agadir

Tél. : 06666126524

Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/09/2021

Nom et prénom du malade : Edder Blali Bouchra

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Sénior goutteux mal

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

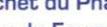


Le : ..... / ..... / .....

#### **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
 <p> <b>Pharmacie VELODROME</b>  <b>BENJELLOUN Salma</b>                      Docteur en Pharmacie                      16, Rond Point des Sports                      Casablanca - Tel: 0322 36 20 55                 </p>	27/08/21	102,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

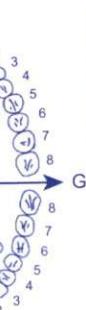
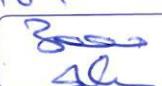
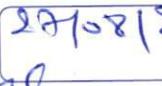
#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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.

Dennis

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient										
			$\text{dents traitées} = D \rightarrow 20$ $\text{travaux} = D \rightarrow 120$	$D \rightarrow 20$ COEFFICIENT DES TRAVAUX $D \rightarrow 120$										
			+ Bilan Rx - 7	$7 \times 6 = 42$ MONTANTS DES SOINS 										
			+ Sanitaires docteur et soins											
			$D \rightarrow 20 \times 6 = 120$ $D \rightarrow 120 + 42 = 162$	DEBUT D'EXECUTION 										
				FIN D'EXECUTION 										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX 
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D	G													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS 										
				DATE DU DEVIS 										
				DATE DE L'EXECUTION 										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# **Dr. SALWA ABDELKHALEQ**

Chirurgien Dentiste - Dentisterie Esthétique

## Chirurgien Dentiste - Dentisterie Esthétique

Prothèse Fixée  
Implantologie Oral  
Occlusodontie - Orthodontie  
Parodontie - Pédiodontie



د. سلوى عبد الخالق  
طبيبة جراحة الأسنان - طب الأسنان التجميلي

طب الأسنان التجميلي - طب جراحة الأسنان

علاج وتعويض الأسنان  
ذرع الأسنان وجراحة الفم  
تقدير الأسنان - أمراض اللثة  
طب أسنان الأطفال

## **ORDONNANCE**

Casablanca, le

$$271 - 81 = 190$$

7<sup>th</sup> EDDOU BLALI Bonheur

102,00

4

~~Painos' egg~~

copy 1850

34plj

18

74

8 jn.

BIRODOGYL  
CP PEL B15  
P.P.V:102DH00  
LOT 205030  
PER 12/2023  
6 118000 060567

**Pharmacie VELODROME**  
**BENJELLOUN Salma**  
**Docteur en Pharmacie**  
**16, Rond Point des Sports**  
**Casablanca - Tel. 222-2065**

١١٧- بنقة ابن منذ، اقامته الـ، قاء، الطابية ٣ الرقعة ٢٥ المعاييف - الدار البيضاء

📍 117, Rue Ibnou Mounir, Résidence Azzarka, 3<sup>e</sup> étage, N° 25 Maarif - Casablanca

Call +212 522 25 81 26 | +212 677 04 71 04 | Email: salwadentiste@gmail.com



Cabinet Docteur Salwa Abdelkhaleq

Le 23/09/21

Facture

Le patient ..... EDDOUI BIALI Bouchra .....

A bien payé la somme de ..... 3000 Dhs .....

Pour les soins dentaires suivants..... soins PA Ro Dental .....

Dr. Salwa ABDELKHALEQ  
Chirurgien Dentiste  
117, Rue Ibnou Mounir Résidence Azuris  
2<sup>e</sup> étage Appt. N° 23 Muarif  
Casablanca - TEL : 05 22 25 81 26