

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

111799

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0007263

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2207

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Aziz Bouchair Date de naissance : 04/08/1957

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0664 074 077 Total des frais engagés : 4.13.20 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/03/22

Nom et prénom du malade : DELAH ROUB Zohr

Age : 28/06/63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Béni

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 : CAEN

Le : 30/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

DR

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
30/3/22	C		153,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

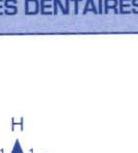
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adionction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <p><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>G</b></p> <p><b>B</b></p> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411		11433553		<p><b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p> <p><b>DATE DU DEVIS</b></p>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
00000000	00000000													
35533411														
11433553														

**Dr.Souad OUZIT**  
Médecine générale  
Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Montpellier  
En Diététique et Diabétologie

الطب العام  
حاصلة من كلية الطب بمنوبة  
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le : ..... 30 mars 2022 الدار البيضاء، في

**Mme LAHROUB ZOHRA**

99,40



CIROXIM 250 MG

20,00 1.0.1



FEBREX SACHET SANS SUCRE

96,00 1.0.1



BELMAZOL 20 MG 28 GES

47,80 1 cpx2/j av



DASEN 10.000 UI

2CPX2/J

Traitement pendant : 5j

263,20

Rendez vous le :

05 22 73 72 72 - منصور 3 الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوصي / الدار البيضاء - الهاتف : 373  
373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III - Bernoussi - Casa - Tél.: 05 22 73 72 72

**DR. MACIE GHOFRANE**  
Dr. H. LAHROUB ZOHRA  
Rue 2 N. 116 Bloc (C)  
Quartier Al Qods Sidi Bernoussi  
Casablanca



PPV:

EXP:

Lot N°:

41,80

PPV:

Lot n°:

EXP:

99DH40  
212011/2  
01/2023

LOT :

96,00

EXP :

PPV :

PHARMED LOT : 6587  
PHARMED EXP : 02-25  
PPV : 20DH00