

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 :	9091	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		DINA BENATIAR épouse Mr BELGNAOUI	
Date de naissance :		26/3/57	
Adresse :		64, Rue Imran Al Hassana	
Télé. :		0669 37 30 31	
		Total des frais engagés : ..... Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

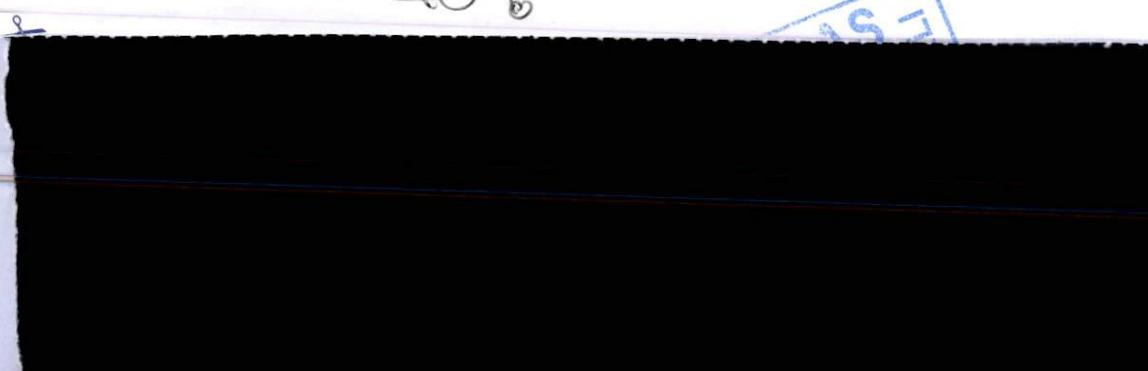
Cachet du médecin :	Dr. EL FATIMA Abdellatif Professeur de Médecine physique et Réadaptation Fonctionnelle Patho-appli Locomoteur Podologie		
Date de consultation :	15/03/2022	Age :	
Nom et prénom du malade :	DINA BENATIAR 81 JUIN 2022		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Neurogénique syndrome friboliste		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA

Le : 15/03/2022

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 Palier/les Actes
15-3-98		CS	3000	Dr. EL FATHI Professeur de Médecine Fonctionnelle et Réadaptation Fonctionnelle Dipl. Coll. Locomoteur Podologie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Faculté Universitaire Saint-Joseph de Beyrouth Tél: 01 22 10 00 - Fax: 01 22 10 01 n°92 056	15.03.22	478,20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of numbers from 1 to 12 arranged in a spiral pattern. The grid is labeled with letters D, G, H, and B at its corners. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: H (1), G (2), F (3), E (4), D (5), C (6), B (7), A (8), G (9), F (10), E (11), D (12)
- Row 2: G (1), H (2), F (3), E (4), D (5), C (6), B (7), A (8), G (9), F (10), E (11), D (12)
- Row 3: F (1), G (2), H (3), E (4), D (5), C (6), B (7), A (8), G (9), F (10), E (11), D (12)
- Row 4: E (1), F (2), G (3), H (4), D (5), C (6), B (7), A (8), G (9), F (10), E (11), D (12)
- Row 5: D (1), E (2), F (3), G (4), H (5), C (6), B (7), A (8), G (9), F (10), E (11), D (12)
- Row 6: C (1), D (2), E (3), F (4), G (5), H (6), B (7), A (8), G (9), F (10), E (11), D (12)
- Row 7: B (1), C (2), D (3), E (4), F (5), G (6), H (7), A (8), G (9), F (10), E (11), D (12)
- Row 8: A (1), B (2), C (3), D (4), E (5), F (6), G (7), H (8), D (9), C (10), B (11), A (12)
- Row 9: G (1), F (2), E (3), D (4), C (5), B (6), A (7), H (8), G (9), F (10), E (11), D (12)
- Row 10: F (1), E (2), D (3), C (4), B (5), A (6), H (7), G (8), F (9), E (10), D (11), C (12)
- Row 11: E (1), D (2), C (3), B (4), A (5), H (6), G (7), F (8), E (9), D (10), C (11), B (12)
- Row 12: D (1), C (2), B (3), A (4), H (5), G (6), F (7), E (8), D (9), C (10), B (11), A (12)

(Création, remont, adjonction)  
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

## VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date \_\_\_\_\_

M. Ben Astor Jans

DOIT

**MODE DE PAIEMENT :**  **ESPECES**  **CHEQUE**  **TRAITE**

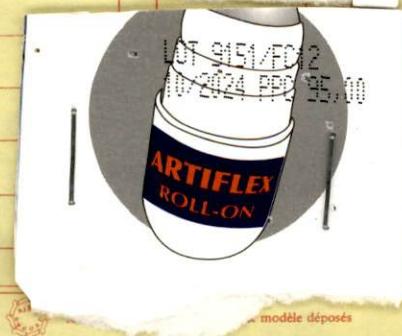
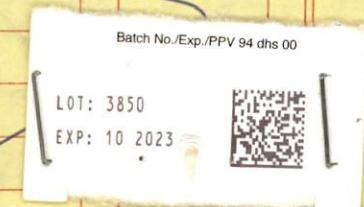
**DATE DE REGLEMENT :** \_\_\_\_\_

Quantité	DESIGNATION	Prix Unitaire	Montant
	Artiflex	1	28.00
	mydoflex	1	96.00
	maschale	2	192.80
	maschale	1	96.00
		5	478.80

~~092 056 753~~

الدواء بعيداً  
T DELA VIED

PPU 488.00 DH



# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA

PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

## بياسكليدين® 300

300 ملغم من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبن



1 gélule / jour  
1 كبسولة في اليوم

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES

30

GÉLULES  
كبسولة

Dr. EL FATIMI Abdellatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Paiutech Locomoteur Podologie

Le : 15-3-88

## ORDONNANCE

Mme Bertrand Dina

95.00

1<sup>o/</sup> ~~Arthiflex~~ roll on :

1 app x 2(jx10j)

96.00

2<sup>o/</sup> Hydoflex :

1x2(jx5)

96.00  
x3

3<sup>o/</sup> Piascledine 300:

PSU

1(jx 5)

1(jx 300)

Pharmacie du Maroc SARL  
Hilchamia, Casablanca, Maroc  
Tél: 05 21 4 14 66 - 05 21 4 14 67 - 05 21 4 14 68

Dr. EL FATIMI Abdellatif  
Professeur de Médecine Physique  
et Réadaptation Fonctionnelle  
Paiutech Locomoteur Podologie

**CLINIQUE AL MASSIRA.**

**CASABLANCA**

**Reçu de caisse**

N° : 220315152742BE / .

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
220315152712BE-001	<b>BENAMAR DINA</b>	<b>15/03/2022</b>
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		<b>300,00</b>
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

*CLINIQUE AL MASSIRA  
5 Rue MOKRI - Casablanca  
Tél: 0522 39 40 41  
Fax: 0522 39 14 15*