

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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 :	10068	Société :	R. A. M
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		H. Sain JAMAL	
Date de naissance :		17/08/61	
Adresse :		HAY TAÏK Rue 55 n° 03 B. Benoisi case Caf	
Tél. :		0688 38 15 00	Total des frais engagés : F Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	04/08/22	Age :	
Nom et prénom du malade :	H. SAIN JAMAL	Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Néoplasie		
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 :

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
06/08/2028		09	300,00	Dr. Houda BENJELLOUN Oncologie - Radiologie 091151894

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Abi Dar EG	07/10/22	288,- CHF

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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

## Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalai

voir notice

e l'ODF.

LOT : 7827  
UT. AV: 03-24  
P.P.V : 29 DH 00

LOT : 5748  
UT. AV : 12-24  
P.P.M : 74 PH 90

D'EX : LOT : 5748  
UT. AV : 12-24  
P.P.V : 74 DH 90

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
533412	21433552
0000000	00000000
0000000	00000000
522411	11432552

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth. The upper arch (maxilla) has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch (mandible) also has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the midline and 8 at the lateral incisor position. A vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom indicates the sagittal plane.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel Thérapeutique : nécessaire à la profession

## 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



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Unité d'Oncologie  
Radiothérapie

Dr. Houda BENJELLOUN  
Oncologue - Radiothérapeute

Casablanca, le 04/08/2007

Mrs. Hasan Jameel

① - Nameus 5 mg

14/08 8/08



8jan avant la cure  
le gan de la cure  
et 3 jrs après la cure

② - Cot: pred 20 mg

4/08 3 cgt/jr

pas 14/08 2 cgt/jr

PHARMACEUTIQUE  
Dr. ZOUHAIR FENNOU  
219/221 Bd. Abdellatif El Ghalia  
50018 Casablanca  
Tél : 05 22 73 75 25

③ - Eugenol 20 mg  
8/08

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca

Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44

E-mail : direction@hpc.ma

Site web : www.hpc.ma

pd + 3 jrs

pd + 25 jrs

pd + 3 mois

TPSV P →

⑤- Nauseém sirof

29/10 recis x 3/3



pdlt. 57r.

28/10

Dr. Houda BENELLOUN  
Oncologie - Radiothérapie  
09 13 51 893

PHARMACIE ENNOUR  
DR ZOUHAIRI Fatima  
219/221 Bd. Abi Dar El Ghafar  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 73 75 25