

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-684728

127264  
me ex  
Acute  
Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5123

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FATH DINE & Hamma Kave. Fouhi Abdellah

Date de naissance :

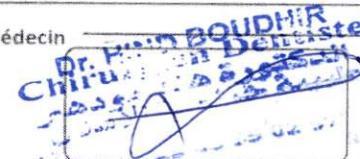
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30/05/2022

Nom et prénom du malade :

FATH EDDINE CHAMA 76 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dos maladie

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) :



Authorisation CNDP : A-A-215/2019

### 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 | INP : 11111111   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Pharmacie IBN SINA<br>HALIB ABDERRAHIM<br>Av.my Rachid Taroudant<br>Tel : 028 25 07 91 | 30/05/22 | 184,90                |
|  | 06/06/22 | + 55,00               |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| CHIRU HIND BOUDHIER<br>Dentiste                     | 20/05/22 | 21                           | + 20,00 DH             |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

### 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 | INP : 044166744                                   |
|---------------------|----------------|------------------|-------------|---|
| 16 Consult Dg (D10) |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX 28-                       |
| 16 Lavage Dg (D10)  |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS 280,00 DH                      |
|                     |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION 30/05/22                        |
|                     |                |                  |             | FIN D'EXECUTION 06/06/22                          |
|                     |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |
|                     |                |                  |             | 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 |

ODF PROTHÉSES DENTAIRE

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

H 25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

Dr. HIND BOUDHIER  
Dentiste  
Chirurgien Dentiste  
30/05/22

**Dr Hind BOUDHIR**

*Chirurgien Dentiste*

Diplômée de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Casablanca



**الدكتورة هند بودهير**

طبيبة جراحية للأسنان

خريجحة كلية طب الأسنان  
بالدار البيضاء

Taroudant, le ..06/06/2022..... تارودانت، في

M - FATHEDDINE CHAMA

N.G - Annahif (spc)

Pharmacie IBN SINA  
HALIB ABDERRAHIM  
Av.my Rachid Taroudant  
Tél : 028 55 07 91

spc



fathdi

Q. - El haddad (BB)

spc - partndr

07/06/2022



شارع ولی العهد، رقم 34، الحدادة - تارودانت

N° 34, rue prince héritier, El Haddada - Taroudant

الهاتف : 05 28 55 02 67

**Dr Hind BOUDHIR**

*Chirurgien Dentiste*

Diplômée de la Faculté de Médecine  
Dentaire de Casablanca



**الدكتورة هند بودهير**

طبيبة جراحة للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان  
بالدار البيضاء

Taroudant, le 30/05/2022 تارودانت، في

M - FATHEDDINE CHAMA

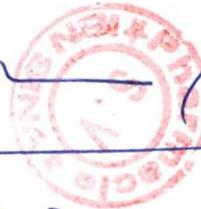
12W

① - Biotiaprolg ( Sachets ) :

1 sachet  ١٢٠

2220

② - Codolylg ( 820 )

14X  
  
Pharmacie IBN SINA  
HALIB ABDERRAHIM  
TAROUDANT  
Tél : 028 85 02 07

18 321

El Haddada

URD  
  
Chirurgien Dentiste  
Hassan Boudhir

16490

شارع ولی العهد، رقم 34، الحدادة - تارودانت

N° 34, rue prince héritier, El Haddada - Taroudant

الهاتف : 05 28 55 02 67

PPV: 55,00 DH  
LOT: 648421  
PER: 11/23

PPV: 55,00 DH  
LOT: 648420  
PER: 10/23

PPV: 22DH20  
PER: 10/23  
LOT: K2784

BIOTIC PLUS 1g/125mg  
Poudre pour Infusion  
Nombre de lot: PPV-10/23 DH  
6 118000 191025