

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0035530

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1092 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KOUSSAIM Y MUSTAPHA

Date de naissance : 1948

Adresse : 3 BIS Rue NIZAR ELABIDI

BOURGOGNE CASA

Tél. : 0666814672 Total des frais engagés : 459,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/10/2011

Nom et prénom du malade : M - KOUSSAIM Y Age : 71 ans

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

ALD  ALC Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

John - Schiz

2 NOV 2011

ACCEPTE

2 NOV 2011

ACCEPTE

2 NOV 2011

ACCEPTE

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 15/10/2011

Le : 15/10/2011

## 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
15/11/2022	V	200 NY		    

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2015	259.60

## 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 nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

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
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8 on each side). The teeth are arranged in four rows: upper and lower molars, upper and lower premolars, upper and lower canines, and upper and lower incisors. The teeth are numbered sequentially from 1 to 8 on the left side and 1 to 8 on the right side. The diagram is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top and a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right. A vertical arrow labeled 'B' points downwards at the bottom.

### **(Création, remont, adjonction)**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hilmy ABDELMAJID

Assermenté Auprès des Tribunaux

MEDECINE GÉNÉRALE

دكتور حليمي

لهماك

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

221191  
09/2025  
57,80 DH

PHARMACIE EL MANAR  
CASA S.A.R.L. A.U.  
48 Avenue Mehdi Ben Barka Bourgogne  
Casablanca, le 15/01/2022

ORDONNANCE

M- Koussaym khalij

49,60 X 2

S.V

170 Cenfort

10g 2 par semai pol 1 mois jai 12  
pd 3 msi

57,80

S.V

4 LDNBR 10

1/3

31 Ixor 20

S.V

73,89 p.m. le

S.V

4 Vitaneal fort

28,80 1/3

PPV: 49,60 DH  
LOT: 22H22  
EXP: 08/2025

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80  
EXP 04/2024  
LOT 230185

PPV  
LOT  
PER

28,80

158 Avenue Mehdi Ben Barka (Ex - du Cimetière) - Bourgogne  
Tél. : 05 22 20 87 58 - GSM : 06 61 20 13 34 - Email : abdelhilmy1@yahoo.fr

158 شارع المهدى بن بركة (مقبرة سابقا) - بوركون - الدار البيضاء