

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **03443** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre : **1**

Nom & Prénom : **BEN BACHRAH SMAIL**

Date de naissance : **01-01-1948**

Adresse : **Cissofa z Blida N° 24 Casa**

Tél. : **0661216318** Total des frais engagés : **200 + 2356,9** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/02/**

Nom et prénom du malade : **Ben Bachrah Smail** Age : **81**

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

**MUPRAS**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : **20 FEV. 2023**

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 : **/ /**

Signature de l'adhérent(e) :

**SAIF**

**ACCUEIL**

**SAIF**

**ACCUEIL**

## 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
10/21/23	S	1	100	Montant honoraires payé par C.H.U. St Louis Signature Dr. [Signature]

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE KM.9 6,Lissasfa.1 Bioc.C Casablanca PE:09.20.38.78. 9 05 22 65 00 11	01/02/23	2356.93

#### **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 canalaires, 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 PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	E
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid, with the vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are arranged in a symmetrical pattern, with numbers indicating their position relative to the midline and the arch.

### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Table 1. Summary of the main characteristics of the four groups of patients.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Mohamed JELLAL

Ex. Assistant C.H.U. St LOUIS Paris

Membre de l'Alfédiam et E.A.S.D.

Diabète - Obésité - Cholestérol - Thyroïde

Tél.: 0522 48 27 88

# الدكتور محمد جلال

طبيب سابق بمستشفى سانلويس بباريس  
أمراض السكري - السمنة - الكوليسترول

الغدة النزفية

الهاتف : 0522 48 27 88

744,5  
152,5

Casablanca, le

01/02/23

1/ Mouline laukus 85 loskar  
116,00 x 15 18 J.

2/ Mummalo 50 16 Makin  
116,80 x 31 16 Midki

3/ Upanbyl 16 S.V.

S.V.

16 Makin

Midki

= 2356,90

HARMACIE R.C.A.C.  
146, Lissasfa. B.P.C. 9  
Casablanca  
NPE: 09.20.300018  
Tél: 05 22 65 00

Docteur Mohamed JELLAL,  
Ex. Assistant C.H.U. St Louis Paris  
24, Rue de Bagdad - CASA  
Tél. 0522 48 27 88

24، زنقة بغداد (قرب زنقة أكادير ومصطفى المعاني) - الطابق السفلي - الدار البيضاء

24, Rue de Bagdad (ex Damrémont) R.D.C. Angle Rue d'Agadir et Rue Mostafa El Maâni) - Casablanca

