

# 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]

2289

Société : 152525

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAHER Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.66.20.73.76

Total des frais engagés : 206,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/03/2023

Nom et prénom du malade : Saoudi Najat Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Cas

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  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.

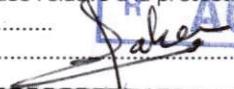
17 AVR. 2023

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 23/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



I. BIUZACHANE

+

### 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
23/03/23	cas 1	—	5	<i>[Handwritten signature over a blue stamp reading "RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES" and "CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE PAIEMENT DES ACTES"]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Forme	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE SARANAZ</b> S.A.R.L A-U 140 Lot Smaïda Lissasfa Casablanca Tél/Fax : 05 22 65 20 07	23/03/2023	206,70

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

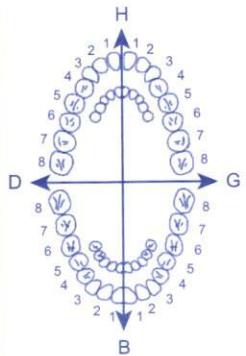
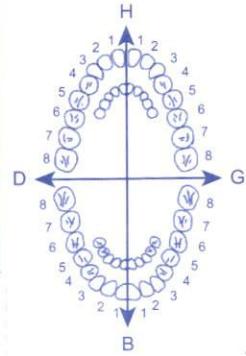
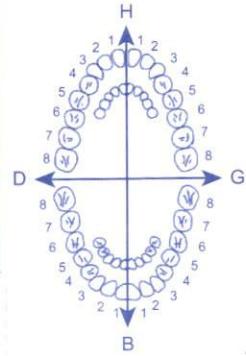
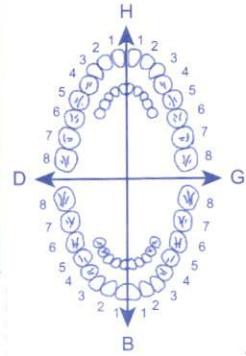
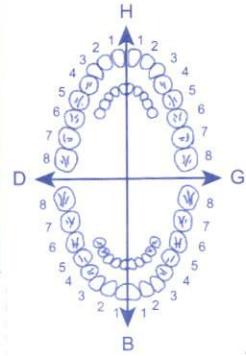
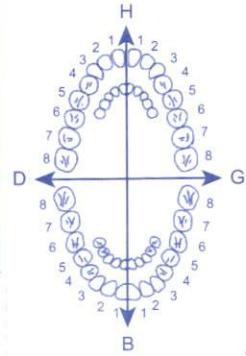
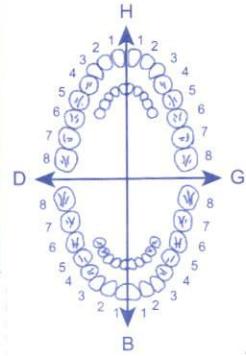
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DEBUT D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			FIN D'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DU DEVIS
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			DATE DE L'EXECUTION
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000	G	
00000000	00000000	B		
35533411	11433553			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Hicham AFFAR**

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplôme de la faculté de médecine dentaire de Casablanca  
Diplôme en Orthodontie de l'Université de Bourgogne(France)  
Diplôme en Implantologie de l'Université Paul Sabatier (Toulouse)



**الدكتور هشام عفار**

طبيب جراح للأسنان

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم تقويم الأسنان من جامعة بوركون بفرنسا

حاصل على دبلوم زراعة الأسنان من جامعة تولوز

## ORDONNANCE

Casablanca, le 23/03/2023

Mme Najat SAOUDI

126,30

1) AUGMENTIN 1 / 125 G / MG

1 sachet 2X/jour



PPU: 126,30 DH  
LOT: 650794  
PER: 08/24

61,50

2) MOBIC 15 MG

1cp 2x/jour



PPV: 61DH50  
PER: 06/24  
LOT: K1825

18,90

3) BUCCOTHYMOL 0.1 / 0.1 G / G

3X/JOUR



206,70

PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L.A-U  
140 Lot Sinaralda Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

156, Bd Oum Errabii 1er Etage - El Oulfa - Casablanca  
Dr. Hicham AFFAR  
Chirurgien Dentiste

18,90