

# 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 : 10924

Société :

RAN 158377

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAKINE ILHADE

Date de naissance : 07/07/1974

Adresse : 80 Rue 71 RADISLAoui. Rondou Belvedere

N° 36  
Tél. : 0633268604 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/03/2023

Nom et prénom du malade : Sakine T Pharm Age : .....

Lui-même

Conjoint

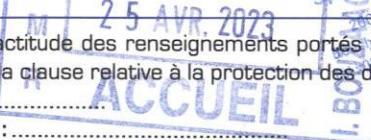
Enfant

Nature de la maladie : Sensation d'oreille bouchée

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.



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) : .....

## 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
28 03 2023	CS		2 500 DH	Dr BERRADA HAD Spécialiste en ORL et 200 de la face et du cou Boucettou - Casablanca - GSM : 0662 307 304 T : 22 81 81 00 - E-mail : mendi@orl@gmail.com

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOPHARMACEUTICALS

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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### RELEVÉ 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
PROTHESSES DENTAIRES				

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (3-6), lower left (5-8), and lower right (6-9). A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right, and the vertical axis labeled 'H' at the top. The arch is oriented with the 'D' side on the left and the 'G' side on the right.

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le,

1110412023

## الدار البيضاء في ..

119.

Sakine I Pham

## 1) Physiomer Lavage Nasale n°1

Angie

~3.17

2). RisonneP

298

3

-2/5

238 12

**Dr BERRADA Mehdî**  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
de la face et du cou  
200, Rue Ben Mguild Boulevard Errida  
Bouchemout - Casablanca - Gsm : 0662 307 304  
Tel : 05 22 81 81 00 - E-mail : mehdibere@gmail.com

200، زنقة بنى مكيلاد شارع الفداء يوشنتوف - الدار البيضاء

200, Rue Béni Meguid Boulevard El Fida, Bouchentouf - Casablanca

Tél : 0662 307 304 - Fixe : 05 22 81 81 00 - E-mail : mehdibeori@gmail.com

العنوان: استاذ ابراهيم سليمان للتجارة الدولية

IMPORTER & DISTRIBUTOR:

5.12.

Bldg n°56 Street 10  
Maadi - Cairo - Egypt  
Registration n°72



**BOTTU SA**

PPC: 119 DH 00

3 564300 001046

LOT



10010457

2022 02

2025 01

CETU2004  
CT21819A