

# 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.

157678

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4744

Société : RAV

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA

ABDEL AZIZ

Date de naissance : 01.07.48

Adresse : 160 Bvd ANFA CASABLANCA

Tél. : 06 69 58 39 36

Total des frais engagés : 320,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02.10.2013

Nom et prénom du malade : BEN YAHIA ABDEL AZIZ Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

APP ORL

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

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 02.10.2013

#### **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
02/06/2013	3	5	3000,-	DOCTEUR L CO EZC SPECIALISTE EST-CAEN

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **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  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The quadrants are labeled as follows:

- D (Dental Arch):** The left side of the arch, containing teeth 1 through 8.
- G (Gingiva):** The right side of the arch, containing teeth 9 through 16.
- H (Hypodontia):** The upper side of the arch, containing teeth 17 through 24.
- B (Buccal):** The lower side of the arch, containing teeth 25 through 28.

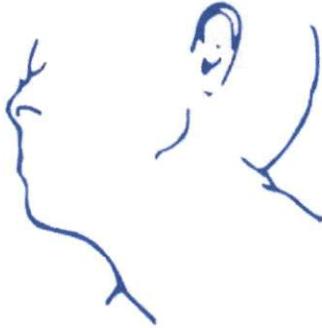
### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Isaac COHEN**  
Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Strasbourg  
Ancien Attaché des Hôpitaux  
de Strasbourg  
Spécialiste ORL  
Maladie et CHIRURGIE  
NEZ - GORGE - OREILLE  
FACE et COU  
VERTIGES - SURDITE - RONFLEMENT



**الدكتور اسحاق كوهن**  
خريج كلية الطب بستراسبورغ  
عمل سابقاً بمستشفيات ستراسبورغ  
  
اختصاصي  
في أمراض وجراحة  
الأنف . العنق . الأذنين  
علاج الدوحة الصمم و الشخير.

02 octobre 2023

**Mr. BENYAHIA Abdelaziz**

20,20

OTIPAX

10 GOUTTES 3 FOIS PAR JOUR

Docteur I. COHEN  
SPECIALISTE  
NEZ GORGE OREILLE  
20 Rue Aloussi - Casablanca

pharmacie EL ANADEI  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kadour  
Tél.: 022-38-54-73