

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Agm

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>6961</b>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ENIOUI MOHAMMED</b>			
Date de naissance : <b>26/05/54</b>			
Adresse :			
Tél. <b>06610703 89</b> Total des frais engagés : <b>350 Dhs</b>			



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

**Dr. LAHLOU Hassan**  
**Chirurgien Dentiste**  
**124 Boulevard de La Liberté**  
**Casablanca**

Cachet du médecin :

Date de consultation : **12/01/27**

Nom et prénom du malade : **171 Cambui Zohra** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **gigante chronique - 46-47**

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 : **casab** Le : **12/01/27**

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
12.1.14	Cosaf	120	200,-	Dr. LAHLOU Hassan Chirurgien Dentiste 124 Boulevard de la Liberté Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <i>[Handwritten signature over the stamp]</i>	12-01-24	130.40

#### **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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td></tr> </table>		H	21433552	D	00000000	D	00000000	B	11433553	B	35533411	Coefficient DES TRAVAUX	
H	21433552													
D	00000000													
D	00000000													
B	11433553													
B	35533411													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS											
			DATE DU DEVIS											
			DATE DE L'EXECUTION											

*Dr. Lahlou Hassan*

CHIRURGIEN DENTISTE

Diplômé de la Faculté de Chirurgie

Dentaire de Toulouse (FRANCE)

124, Bd.de la Liberté

1er étage Casablanca

Tél. : 05 22 . 30 . 21 . 56

Casablanca, le .....

*Dr. M. Lahlou*

لحلو حسن

طبيب جراحي للأسنان

خريج كلية جراحة الأسنان

بنولوز (فرنسا)

شارع الحرية 124

الطباق الأول - البيضاء

الهاتف 0522 . 30 . 21 . 56

65,20x2

الدار البيضاء ٢٠١٨ - ٢٠٢٤

*DBisogni Cm 265 -  
160 3/15x105*



*Dr. LAHLOU Hassan  
Chirurgien Dentiste  
124 Boulevard de La Liberté  
Casablanca*

130,40

سبعين ميليسن ١٥٠٠٠٠ دج

LOT : 7790  
PER : 03/26  
PPV : 65,20 DH



**BI-ORAGIN®**

SPIRAMYCINE 1500000 UI - MÉTRONIDAZOLE 250 MG

LOT : 7846  
PER : 09/26  
PPV : 65,20 DH

**BI-ORAGIN®**

SPIRAMYCINE 1500000 UI - MÉTRONIDAZOLE 250 MG