

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **biologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **taire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## **ladie 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

## **Déclaration de Maladie : N° S19-0018487**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent[e]**

Matricule : 4199 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Roussa Rhana Azezdine Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.06.45.84.24 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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.

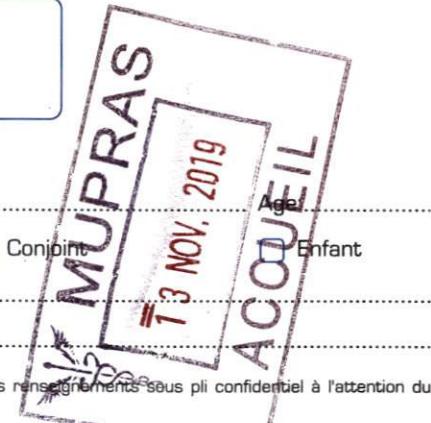
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent[e] :





## **SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.



W14-008278

**DATE DE DEPOT**

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle : 4199		
Nom & Prénom : BousSARTIANE Azeddine				
Fonction : Retraité	Phones : 0606458424			
eMail :	0675696257			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient : Azeddine			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age : .....			
Nature de la maladie : Extraction + sin.				
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes Extraction sin	Nbre de Coefficient D72	Montant détaillé des honoraires 1700 dh		
<b>PHARMACIE</b>	Date : .....			
Montant de la facture				
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date : 16/8/19				
Désignation des Coefficients E 29	Montant détaillé des Honoraires 250 DH			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date : .....				
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

الدكتور بنيبيفت - ل  
طبيب جراحي للأسنان  
شارع الزيراوي الدار البيضاء  
232  
العنوان: 022 29 63 54

Cas Le 15 / 07 / 2015

ORDONNANCE

M<sup>me</sup> Boussarhans Azeddine

Rx panoramique

Confirmer DR

Docteur BENECHET - L  
Chirurgien Dentiste  
232, Bd. Ziroudi Casablanca  
Tél.: 022 29 63 54

Rayo. Radiologique  
Radiologie Ouest El Makhzen  
n°12, Rue d'Algier - CASABLANCA  
Tél. 022 29 63 54



الفحص بالأشعة واد المخازن  
Radiologie Oued El Makhazine

Dr. Khalid BERRADA SOUNNI

Lauréat de la Faculté de Médecine  
de Montpellier

الدكتور خالد براادة السوسي

خريج كلية الطب  
بمونيولي

I.R.M
SCANNER SPIRALE
CORPS ENTIER - 3D
Multi-barrettes
DENTA-SCANNER
RADIOLOGIE
Conventionnelle
Numérisée
RACHIS ENTIER
Numérisée
GONOMETRIE
Numérisée
ECHOGRAPHIE
pluridisciplinaire
ECHOGRAPHIE
Doppler couleur
MAMMOGRAPHIE
Tomosynthèse
OSTEO-DENSITO
Biphotonique
PANORAMIQUE
DENTAIRE
Numérisée
TELERADIO A 4 M
Numérisée
CONE BEAM
RADIO - PHOTO

**CASABLANCA, LE 16/08/2019**

**FACT N° : 5047/2019**

**NOM ET PRENOM : BOUSSARHANE AZEDDINE**

**EXAMEN : PANOREX**

**MONTANT TOTAL : 250.00 DHS**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS.**



Docteur BRIGHET Lahcen

CHIRURGIEN DENTISTE

232, BOULEVARD ZIRAOUI  
APP. 1 - 1er ETAGE  
CASABLANCA 01  
TEL : 05 22 29 63 54

الدكتور بريغت لحسن

طبيب جراحي للأسنان

شارع الزراوي - الطابق الأول  
دار البيضاء 01  
الهاتف : 05 22 29 63 54

Casablanca, le

13/11/2013

Note d'honoraires.

Je suis M. Brighet certifié que  
le patient M. BOUSSARHANS Abdellah  
a bénéficié des soins dentaires dont la  
somme réclamée à la somme de  
12000 dirhams soit au total  
dont une partie versée à l'interne  
à mon propre effet de service et  
versée à mon cabinet

JNF 094 008927

JCF 00208988 20.000 Dh

JF 401 01490

الدكتور بريغت  
طبيب جراحي للأسنان  
شارع الزراوي - 232  
دار البيضاء 01  
الهاتف: 05 22 29 63 54  
fax: 022 29 63 54