

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR EVITER 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.

## 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.

## Optique :

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

## Éducation :

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 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.

## 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.

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0020657

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9933 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bonya EL HASSAN Date de naissance : 1963

Adresse :

Tél. : 06.34.64.10.80 Total des frais engagés : 1363,44 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr BOUDAD Latifa**  
Médecin Général  
Lot Annexe Imm. A20 N°3 Oufata  
CASABLANCA - Tél: 05 22 94 32 44

**MUPRAS**  
16 OCT. 2014

Date de consultation : 08/10/15

Nom et prénom du malade : Bonya Mina Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Erption

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

Signature de l'adhérent(e) : Bonya Le : 11/10/15

## Adresses Mails utiles

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@mupras.com)

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
08/10/19	C	—	140	Dr BOUDAOUD Médecin libéral 104 Avenue Ibn Battuta CASABLANCA - 75132 Signature
—	—	—	—	—

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

A diagram of a dental arch (maxilla) with numbered teeth. The teeth are labeled with numbers 1 through 8 on both the upper and lower arches. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top, the horizontal axis labeled 'D' on the left, and the diagonal axis labeled 'B' at the bottom. The teeth are arranged in a curve, with the first molar on the left and the second molar on the right of the curve.

## **[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 Latifa BOUDAD

## Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de Médecine  
de Casablanca

الدار البيضاء، في : Casablanca, le : 2019

الدكتورة لطيفة بوضاض  
الطب العام  
خريجة كلية الطب العام  
بالدار البيضاء

Bonya Mina

PPV 116DH40 LOT 94024  
EXP 05/2021

# FLOXAM®

— Floxan 500  
M6.40 2 gel + 21 T

Coccidi pale  
28.0° max 31°

- Actalevure  
69,00 ♂ get + 31 T

203.40

Lst. Annaüm. Imm A20. App. 3 - El Oulfa - Casablanca

Tél : 05 22 91 32 44 - Gsm : 06 66 26 70 60

3 - الألفة - الدار البيضاء

06 66 26 70 60 : - 05 22 91 32 44

Dr BOUND  
Loyola  
Medical Center  
C. S. B. L. A. N. C. A. Inc.  
1414 Argonne  
16th & Argonne  
Chicago 22, Illinois  
12/24/49

199130  
303595  
64220055