

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

## tions 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.

## Education :

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.

## Prothésiste :

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.

**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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07364

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENOURY AMINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666.266842

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ALAOUI R. YOUSSEF  
O. R. L.  
34, Bd. Zerkouni - CASA  
Tél. 27.26.92 27.28.00

Date de consultation : 13/09/2019

Nom et prénom du malade : BENNIS KADOUR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Opposition 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 :

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

Signature de l'adhérent(e) :

AMINE MENOURY

## 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
13 SEP. 2019		01	200,00	Dr ALAOUI T. O. F. L. Zerkouni - CASA 34 Bd. 27.26.92 - 27.28.00 t.t. 27.26.92 - 27.28.00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with numbered teeth (1 through 8) on both the upper and lower arches. Arrows indicate movement directions: upward (H), downward (D), leftward (L), and rightward (R). The upper arch has arrows pointing H (upward) at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The lower arch has arrows pointing H (upward) at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The upper arch has arrows pointing D (downward) at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The lower arch has arrows pointing D (downward) at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The upper arch has arrows pointing L (leftward) at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The lower arch has arrows pointing L (leftward) at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The upper arch has arrows pointing R (rightward) at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The lower arch has arrows pointing R (rightward) at teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8.

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

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Docteur ALAOUI F. Youssef

SPECIALISTE

Nez - Gorge - Oreilles

CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

EXPERT ASSERMENTE PRES  
DES TRIBUNAUX

34, Bd Zerkouni (Angle Rue Agadir)  
CASABLANCA

Téléphone 05 22 27 26 92

05 22 27 28 00

Sur Rendez-vous

الدكتور العلوي الفضيل يoussef

اختصاصي

في أمراض الأنف ، الحنجرة الأنف

و جراحة الوجه و العنق

خبير محلف لدى المحاكم

34، شارع الزرقطونى (ملتقى زنقة أكاديمى

الدار البيضاء

الهاتف 05 22 27 26 92

05 22 27 28 00

بالموعد

13 SEP. 2019

Casablanca, le .....

Nou Bennis KAOUAR

Lorees 18 6 fm 3 mois -

Dazan 19 3 fm 8j

Rissem 20 5 fm 1 mois /

Dr ALAOUI F. Youssef  
O. R. L.  
34, Bd. Zerkouni - CASA  
Tel. 27.26.92 - 27.28.00