

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

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.

ntaire :

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.

aladie 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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1289**

Société : **R.A.M.**

Actif

Pensionné(e)

Autre : **RENNE**

Nom & Prénom : **BATRASFAINA Ameur Azen Koudeman**

Date de naissance : **25/13/1960**

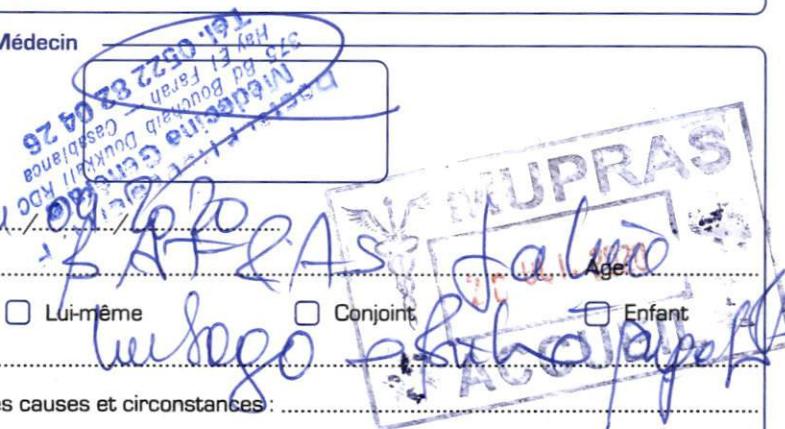
Adresse : **Lessaqja Lotel Khouzama El n° 84 casa**

Tél. : **0619118936**

Total des frais engagés : **522,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **01/01/2010**

Nom et prénom du malade : **BATRASFAINA Ameur Azen Koudeman**

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) :

## 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                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 00109820 C      |                   |                       | 130,00                          |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------------|-----------------------|
|                                        | 04.09.2021 | 392,70                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## RELEVE DES FRAIS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| <b>D</b> |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

### [Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (1-4), upper right (3-6), lower left (7-10), and lower right (11-14). 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 'G' on the right. The arch is oriented with the 'H' axis pointing upwards and the 'D' axis pointing to the left.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

6 1180  
VOLTA  
Pou  
solu  
PPV

**XL 500mg**

 6 117050

PPC 30,00  
**MEBO**  
Pommade  
Tube de 3

PPV: 14%

PPV: 140

1.

100

110

1000

# RELEVE DES FRAIS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte

LOT: M0381  
EXP: SEP 2022  
PPV: 60,00 DH

6 118001 031016  
VOLTFAST® 50 mg

Poudre pour  
solution orale

PPV: 49.70 Dhs

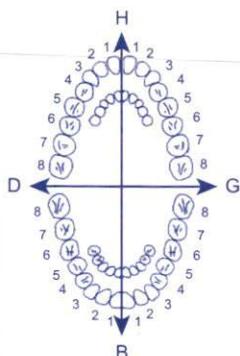
## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses

### SOINS DENTAIRES

#### Dents Traitées

#### Nature Soin



6 118001 151264

76,00 DHS  
Prix Public de Vente  
378044D

DUOKOL 500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés

37,00

### MONTANT DES SOINS

### DEBUT D'EXECUTION

### FIN D'EXECUTION

6 117050 213466

PPC 80,00 DH

**MEBO** 0,25%

Pommade dermique  
Tulle de 30 g

atiques ou infectées,  
endre une couche d'un  
neusement les restes  
usqu'à cicatrisation.

PPV: 140,00 Dhs

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

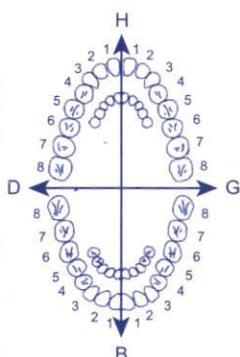
### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

### COEFFICIENT DES TRAVAUX

### MONTANTS DES SOINS

### DATE DU DEVIS

### DATE DE L'EXECUTION



|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |
| G |          |          |

### [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



Casablanca, le :

01.09.20

الدار البيضاء، في:

ESTERAS

folie

49,70

• roefast Soup

1 - 0 - 0

60,00

• roefare eel eel

1 Ap x 2 + 0

37,00

• DUOXO Roep / 200

30,00

1 - 0 - 2

• eos 1 Ap x 2 / 0

76,00

• Bios 1 Ap x 2 / 0

00,00eur

Ref/080811



392,70

375 Hay El Bouchnair - Casablanca  
Tel. 0522 82 04 26  
Niederiche Dourkhan KDC  
Dokter T. El Gherbi  
El Gherbi

ELAISY NADIA  
Nadia Gherbi  
234 E. Lotissement  
Groupe Adonis Oulad  
Casablanca

Group Adonis Oulad  
Casablanca  
GSM: 06 67 07 50 25