

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## **armacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **diologie 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 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**

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

52128

## **Déclaration de Maladie : N° P19-0002534**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **12291**

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **BOUKDOUR AMALINE**

Date de naissance : **10/03/1981**

Adresse :

Tél. : **06.72.66.75.86**

Total des frais engagés : **10 DEC. 2020** Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Dr. CHAHBI Mohammed**  
Ophtalmologiste  
544, Boulevard panoramique californie,  
Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
Fax : 05 22 86 46 21

Date de consultation : **05 22 29 66 60/00 - 05 22 50 15 15**

Nom et prénom du malade : **BOUKDOUR LINA**

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

Nature de la maladie :

**Affection**

**Obésité**

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 : **18 DEC. 2020**

Signature de l'adhérent(e) :

**Amaline Boukdoor**

#### **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
14.08.2020 G			200,00	Dr. CHABIB MOUSSA Ophthalmologue Boulevard panoramique californie Casablanca - Maroc Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20 00 00 - 05 22 50 15 15 16 21

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth (1-8 on top, 1-8 on bottom) arranged in a cross-like pattern. A coordinate system is overlaid with points H (top), G (right), B (bottom), and D (left). The teeth are numbered as follows:

- Upper arch: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Lower arch: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth. The upper arch (maxilla) has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The lower arch (mandible) also has teeth numbered 1 through 8 from left to right. The teeth are arranged in a curve, with 1 at the anterior (front) end and 8 at the posterior (back) end. A vertical arrow labeled 'H' points upwards, and a horizontal arrow labeled 'D' points to the left.

#### **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**ORDONNANCE**

Casablanca le 14/08/2020

Bouk Dour

LunB

L-ZNA

$$GD = +8,75 \left( -0,75 \text{ à } 10^\circ \right)$$

$$OO = +9,50 \left( -1 \text{ à } 110^\circ \right)$$

Dr. CHAHRI Mohammed  
Optométriste  
544, Boulevard panoramique, Californie,  
Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 20 68 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
FAX : 05 22 86 46 21

Casablanca le ..... 14/08/2012 .....

M. BOUKDOUR - LINA

Consultation ophthalmique

→ Garde mémo Correction

DR. CHAHBI Mohammed  
 Ophtalmologiste  
 544, boulevard panoramique, californie,  
 casablanca, maroc  
 Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
 05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
 Fax.: 05 22 86 46 21