

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

### Radiologie 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.

### Rééducation :

- 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.

### 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.

1963  
RAM  
316 67 TAMRIS DANFAI  
06 53 81 49 17 41 170  
24 OCT. 2022  
H. HAKANI

**Maladie**

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

Matricule : 1963

Société : RAM

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : JAHIA A21

Date de naissance : 1-1-1951

Adresse : 316 67 TAMRIS DANFAI

Dar Bouazza

Tél. : 06 53 81 49 17

Total des frais engagés : 41 170 Dhs



Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24 OCT. 2022

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. EL DIA RAJAA Residencia Del El Kenz Calle 52 03 20 13 28 69 03 20 11 46 15	05/09/22	41.70 dh

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHÈSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>            Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession         </div> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
		DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																

Facture N° 20221023-769

Date de vente : 05/09/2022  
Médecin traitant :

JAIDA ALI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
PROFENID SU 100MG B12 SUPPO	1	41,70	TVA (7.00%)	41,70
PHARMACIE DAR EL KENZ				
DR. JAIDA Rajaa				
Résidence Dar El Kenz				
101-1 Km 52 DAR BOUZZA				
Tel: 0524 013 28 69				
INPF: 057774645				
Total HT				38,97 DHS
TVA				2,73 DHS
Total				41,70 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : quarante et un DHS et  
soixante-dix centimes

41,70