

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0029418

NQ. pa. *[Signature]*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5241

Société : RAM -

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAMMAMI

Date de naissance : 25.3.54

Adresse : DAOUSSI N°57 Apt 4 1^{er} étage

Sidi Rahal Chatli 900+100 =

Tél. : 0671069131 Total des frais engagés : 2000 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/03/2023

Nom et prénom du malade : HAMMAMI ABDELLAH Age : 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Sidi Rahal Chatli Le : 9/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laborantire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------------|------------------------|
|  | 9103123 | 73 | 100 dh |

AUXILIAIRES MEDICAUX

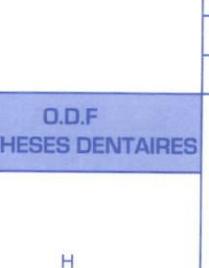
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|
|  | 4 4 3 5 | ento exo | D _{4,5} |
| | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | D _{1,4,5} |
| | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | Good P. |
| | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | 2/3/2023 |
| | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | 9/03/2023 |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 G 00000000 11433553 | Coefficient DES TRAVAUX |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | DATE DU DEVIS |
| | | | DATE DE L'EXECUTION |

Docteur Z. Khourassani

Docteur en Chirurgie Dentaire

- Soins - Chirurgie

- Prothèses - Orthodontie

- Blanchiment - Radio - Implant



Centre de Chirurgie
Dentaire

الدكتورة زينب خرساني

طبيبة جراحة للاسنان

- علاج - جراحة

- تعويض - تقويم

- تبييض - أشعة - زراعة

ORDONNANCE

Nom & Prénom : Hammam Sidi Rahal, le : ٢١/٠٨/٢٠٢٤

Note d'honneur

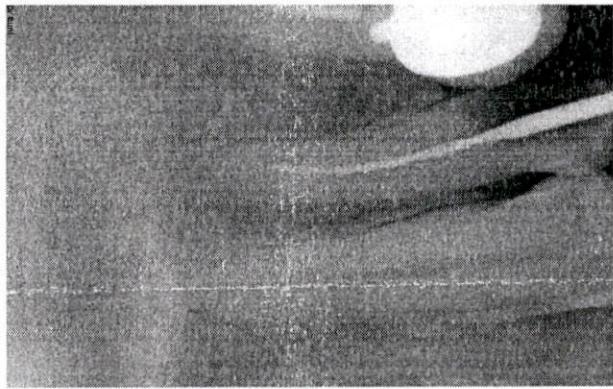
Suppression des dents situées à mi-jambes
et extraction de la 86.

D₁₅ = 200 dh

D₂₀ = 200 dh

Dr. Zineb Khourassani
Centre de Chirurgie Dentaire
Lot Meryem, N° 2 - Sidi Rahal Chatii (Près de Café Anas) - Berrechid / Tél.: 05 22 96 94 08
05 22 96 94 08 - برشيد / الهاتف : ٥٢٢٩٦٩٤٠٨ - رقم ٢ سيدى رحال الشاطئ (قرب مقهى أناس)

IF : 20782696 - ICE : 001942168000052



Rx pmi Jit
endo Smta 444

Dr. Zineb Khourassani
Médecin Dentiste
Lot Merven N° 27
Rahal Chabri Berrechid
Tel : 05 21 96 94 03

HAMMAMI, ABDESLAM IDnum: "1452"
Teeth: 4-5
Taken: 3/2/23 10:56AM



L & went
G & dln3

2
J. Z. T. S. K. R. O. D. C. N. E. B. L. G. P. H. M. T. R. A. I. O. N. 2. 6. 9. 4. 0. 3.

HAMMAMI, ABDESLAM IDnum: "1452"
Teeth: 3-5
Taken: 3/15/23 1:14PM