

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-663476

159485

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06739 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL OUBRAOU A A

Date de naissance : 15/01/57

Adresse : 7 Rue des Reflus Firdou, au Sebaa

Tél. : 661 09627 Total des frais engagés : 687,00 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr Naoual JAADA**  
Dermatologue Vénérologue  
Dermatologie Esthétique  
Lasers dermatologiques  
Tél.: 05 37 76 76 39

Date de consultation : 21/02/2023

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CHLOROIDE DU NIVEAU DE L'OEIL

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CAJ Le : 4/5/23

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



[illegible]

2/6/23 CS 300 DHS 11011173995

## EXECUTION DES ORDONNANCES

- Montant de la Facture

383.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Montant  
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

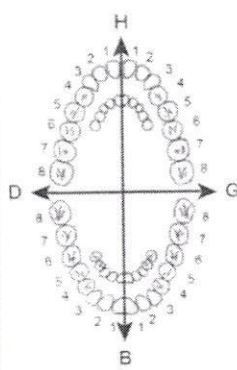
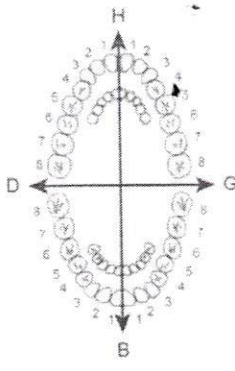
Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"></table>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>														
				MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>														
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>														
				FIN D'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  <div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td></tr> </table> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>														
				DATE DU DEVIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>														
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1" style="display: inline-table; width: 80px; height: 40px;"></table>														

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d'

INP: | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F.  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

	DATE DE L'EXECUTION
--	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr.Naoual JAADA

Spécialiste en Dermatologie Vénérologie

Dermatologie esthétique

Lasers dermatologiques

Université de Franche-Comté



DR.NAOUAL JAADA

DERMATOLOGIE, ESTHÉTIQUE & LASERS

الدكتورة نوال جعادة

أخصائية طب الأمراض

الجلدية و التناسلية.

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر

21/02/2023

Rabat:.....  
**Ordonnance**

Mme EL OURAOU RANIA

56,60

1 - Diprostène

28,80 3 à ramener au cabinet 1 BOITE

2 - Vitanevril forte

un cp trois fois par jour pendant trois mois

3 - Kelo-Cote gel pour cicatrice

2 fois/j 03 mois

T= 383,00

PPV

LOT

PER

28,80

Distribué par MSD Maroc  
AMM 74/19 DMP/21/NRQ  
P.P.V: 56.60 DH



PPV

LOT

PER

28,80

Importateur Exclusif  
BIOCDEX MAROC  
B.P 126 Nouaceur  
www.biocodex.ma  
P.P.C.: 240,00 DH  
CE N° 49/2016/DMP/20/DH

PPV

LOT

PER

28,80

PHARMACIE DES CITRONNIERS  
29, Bis Allée des Citronniers  
Ain Sebba - Casablanca  
Tél.: 05 22 34 46 79

ICE: 001658221000032

IF: 14480669

CNSS:9624116

Patente:25150835

2, Rue Moulay Abdelaziz, Angle Avenue Patrice Lumumba, Appt 7, Hassan - Rabat

2, زنقة مولاي عبد العزيز - زاوية شارع باتريس لومومبا، شقة رقم 7، حسان - الرباط

05 37 76 76 39

naoual.jaada@gmail.com

06 61 401 411