

# 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.

## 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

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1584 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TADLI ABDELSAHL

Date de naissance : 26/09/1953

Adresse : CAL ROMAN GOLF RESORT Dman d'l. B Agt E

V. N. Verte BOUSNOURA

Tél. : 06 6145 0615 Total des frais engagés : 431,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 21/05/2023

Nom et prénom du malade : TADLI Hania Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Pneumopathie

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 : RAM Le : 10/05/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



#### **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
02/05 2015	CS		Général	Dr NACIRI Zakaria Urgence

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>MOUNNAKHLA PHARMA</b> Tel : 05 22 59 09 97 / 05 66 74 74 62	02-05-2023	431,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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
			COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary or upper arch, with the following tooth arrangement and numbering:

- Upper Arch (Maxillary):** Teeth are numbered 1 through 8 from left to right. Symbols above the teeth include: 4 (top), 5 (top), 6 (bottom), 7 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), and 4 (top).
- Lower Arch (Mandibular):** Teeth are numbered 1 through 8 from left to right. Symbols above the teeth include: 4 (top), 5 (top), 6 (bottom), 7 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), 8 (bottom), and 4 (top).
- Central Labels:** The letter "D" is positioned to the left of the arch, and the letter "G" is positioned to the right of the arch.
- Bottom Labels:** The letter "B" is positioned below the arch.

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

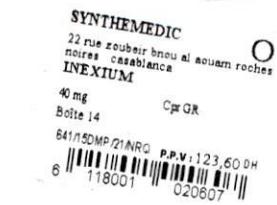
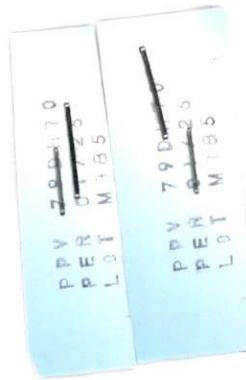
VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEMPTION

CASABLANCA  
02/05/2023 Dr NACIRI Zakaria  
Urgence

NOM ET PRENOM :

TADhi Hania

- 79,70 x 2  
1. AZIX500MG 1CP /1ER JOUR PUIS ½ CP /6JRS  
15,30  
2. VITAMINE C 1000MG 1CP/J  
40,90  
3. ZINASKIN 45MG 1CPX2/J  
14,00  
4. DOLIPRANE 1G 1CPX3/JS.SI(T° +37,5)  
56,30  
5. VITAMINED 25000 1AMP /SEMAINE  
21,80  
6. ASPEGIC 100MG 1SH/J  
123,60  
7. INEXUIM 40 MG 1CP/J



PPV:14DH00  
PER:02/26  
LOT:M567

T = 431,30

pharmacie  
top plaza  
MOULNAKHLA PHARMA  
Tél : 05 22 59 09 87 / 05 66 74 74 62

Dr NACIRI Zakaria  
Urgence

ZINASKIN® 45 mg  
PPV 40DH90 EXP 06/2025  
LOT 10058-58

20 comprimés effervescents

Vita C1000®  
PPV 15DH30  
EXP 02/2026  
LOT 310204

PPV:56,30 DH  
LOT: 22J24D  
EXP: 40/2024