

# 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.

M22- 0013335

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9033

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAHILI Mouhsine

Date de naissance :

03/03/72

Adresse :

mrahili@royalairmaroc.com

Tél. :

0661153286

Total des frais engagés :

86910

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/09/23

Nom et prénom du malade : RAHILI Abderrahmane Age: 15 Ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

OPL

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

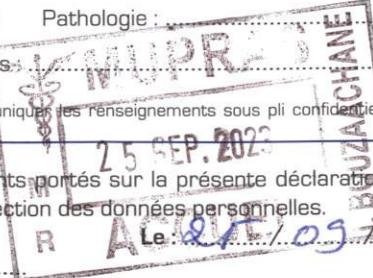
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



25 SEP. 2023

R.A.G.D / 09-10-2023

## 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 Remboursement des Actes
23/09/23	23	3	300 Dr	PT. H. CHABLY Centre OM de Magasins et Applications C.O.B.E.L FARMACIE et Pharmacie 16 Rue Jean Jaurès - 69100 Villeurbanne Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85 N.P.E : 09104094*

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/09/23	655,50

#### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### 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 parodontites ou de traitement canalaire, 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
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 12 upper teeth. Each tooth is assigned a number from 1 to 8, representing its position in the arch. The teeth are also marked with various symbols: 'H' at the top center, 'D' on the left side, 'G' on the right side, and 'B' at the bottom center. The symbols include combinations of letters (e.g., 'Y', 'W', 'V') and numbers (e.g., '1', '2', '3', '4', '5', '6', '7', '8'). The teeth are arranged in three rows: a top row of four teeth, a middle row of four teeth, and a bottom row of four teeth.

### **[Création, remont, adjonction]**

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



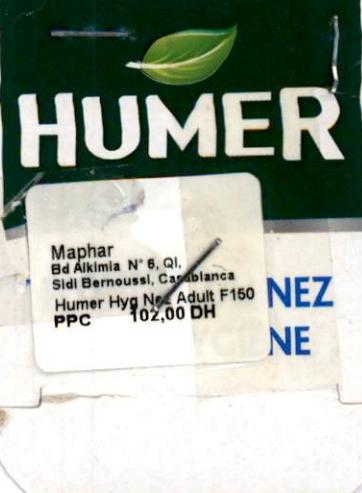
LOT : M0794  
EXP : SEP 2025  
PPV : 19,30 DH



PPV : 222,00 DH  
LOT : 651876  
PER : 04/25



Maphar  
Bd Alkima N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Humer Hyg. Nas. Adult F150  
PPC 102,00 DH



Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé

Monsieur ABDERRAHM RAHLI

*222,00*

**AUGMENTIN 1 g**

1 sachet matin et soir pendant 10 jours

*37,40*

**NEOPRED 20 mg**

3 cp le matin au petit déjeuner pendant 6 jours

*139,50*

**CARBOXANE FLORA**

1 gél. matin et soir pendant 8 jours

*95,40*

**ZOLUS 20 mg**

1 cp le matin pendant 10 j

*33,90*

**EXOMUC Sachets**

1 sachet matin midi et soir pendant 8

*18,30*

**OTRIVINE 1°/°°**

2 gouttes matin et soir pendant 6 jour

*10,20*

**HUMER Douches nasales**

1 lavage deux fois par jour pendant 1

*655,50*

**Professeur H. CHELLY**



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseelfarabi@gmail.com

IF : 14478582  
ICE : 00183719900009

**Mr. H. CHELLY**

Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.O.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard Roudani - Casa  
Tél : 0522 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
Mobile : 051040040



ZOLUS 20 mg  
Boîte de 28 gélules



Lot : 3728  
PER : 04/26  
PPV : 95DH40



**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الفحوص والتشخيص  
والحنجرة