

# 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8580 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAFIDH SELOUNI

Date de naissance : 23.03.62

Adresse : 12 Rue ISLY B. S'Abdja Gauthi Rocca

Tél. : 0667313000 Total des frais engagés : .Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. ZEMMOURI MARRAKCHI M.  
Chirurgien Dentiste  
11, Bd. Zerkouni Résidence  
Tarfaya - Casablanca  
+212 52 59 127 75 00

Date de consultation : 27.7.2023

Nom et prénom du malade : Aissa Abdellah Age : 20

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sorex

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 : CASA Le : 10.10.23

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cache et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## 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'ODDF.

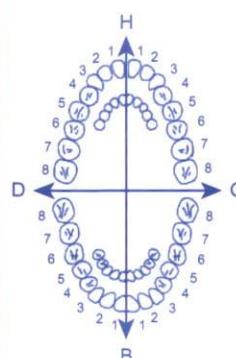
SOINS DENTAIRE	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
<i>part restante</i> <i>à Pile</i>	16	Pile	26	
<i>16 Restauration</i> <i>Odontost</i> <i>ancrage standard</i>	16	Restauration		COEFFICIENT DES TRAVAUX Z12 + D33
<i>16</i>	16	Pile	26	MONTANTS DES SOINS 1200
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION 27/7/23

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN A PAYER A L'EXECUTION  
ZERNOURI MARRAKCHI M.  
Dentiste  
Chirurgien  
16. Bd. Zer Nouri Resid. Tétouan  
Tétouan - Casablanca  
Tétouan 27.29.59 I 27.75.0F

ET DU PRATICIENNE MARRAKCHI M.  
Chirurgien Dentiste  
11. Bd. Zerjouni Résidence  
Tatbiq - Casablanca  
Tél. 27.29.59 / 27.75.08

CASABLANCA LE 27/7/2013

## NOTE D' HONORAIRES

**Docteur ZEMMOURI Marrakchi Meryam Saloua**

**Chirurgien dentiste**

**N° de L'INP** 094012465

**N° de L'ICE** 001939171000073

**N° de L'IF** 42000125

**Nom et prénom Patient**

Arrachdi kaya

اسنان المعالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur clé	تاريخ العمليات <b>Date des actes</b>	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر <b>Montant facturé</b>	توقيع وطابع طبيب الأسنان <b>Signature et cachet dentiste</b>
16	T13	27/7/2013	Pu	Z6	105	J
16	D702	27/7/2013	Restoration plastique canines	D133	150	J
16	T155	27/7/2013	Pu	Z6	105	

**Montant global**

1200

**Mode de paiement**

espèces

chèque

**Signature et cachet**

11. Boulevard Zerkouni - Résidence Tarfaya TEL 0522 27 29 59 CASABLANCA

Dr. ZEMMOURI MARRAKCHI M.  
Chirurgien Dentiste  
11 Bd. Zerkouni Résidence  
Tarfaya Casablanca  
tél: 27.29.59 / 27.75.00



Teeth: 3  
Taken: 7/27/23 11:14AM

Teeth: 3  
Taken: 7/27/23 11:16AM

Dr. ZEMMOURI MARRAKCHI M.  
Chirurgien Dentiste  
11, Bd. Zerkouni Résidence  
Tarfaya - Casablanca  
Tél: 27 29.59 / 27 75