

# 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

- Reclamation : 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- 0057227

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13 462

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEBALI JIHANE

Date de naissance : 16 octobre 1995

Adresse : Residence les champs 02, Imme, Apt. 16

A.B., Casablanca

Tél. : 06 49 58 80 34

Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Yasmine ZEMMOURI**  
Gynécologue Obstétricienne  
134 Rue Attabén 5<sup>e</sup> Etg Maârif  
Casablanca  
Tél 0522 30 47 63 0897 90 77 46

Date de consultation : 07 MARS 2024

Nom et prénom du malade : CHEBALI JIHANE

Age: 28

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : affection

Pathologie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

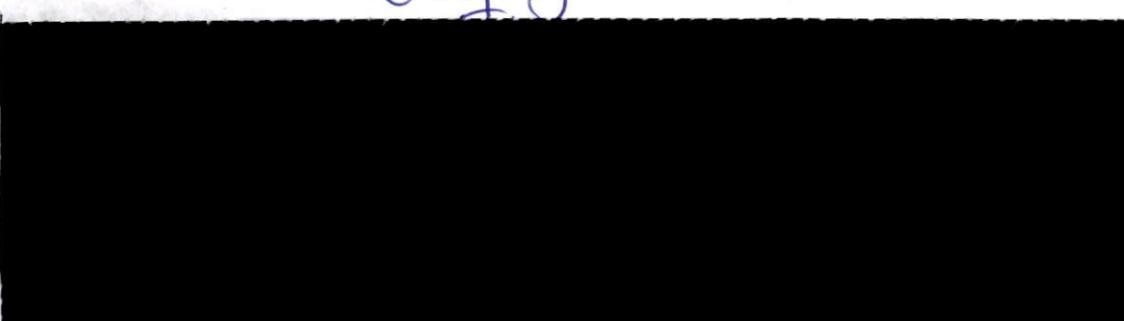
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 15 / 03 / 2024

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
07 MAARS 2024	Ch+Echo Tj		600	Dr Yasmine ZEMALI Gynécologue Obstétricienne 134 Rue Attabari Casablanca Tél: 0524 20 63 0697 90 71 46

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

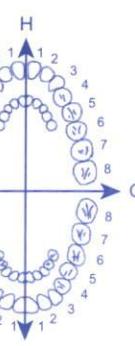
#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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 prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
 <b>O.D.F</b> <b>PROTHESSES DENTAIRES</b>				Coefficient des travaux
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 12x12 grid of circles representing the board. The grid is centered at the bottom with vertices labeled B (bottom), H (top), D (left), and G (right). The grid consists of 144 circles arranged in 12 rows and 12 columns. The circles are numbered from 1 to 12 along the outer edges of the grid. The numbers are placed as follows: Row 1: 1, 2, 1, 2; Row 2: 3, 4, 3, 4; Row 3: 5, 6, 5, 6; Row 4: 7, 8, 7, 8; Row 5: 8, 7, 8, 7; Row 6: 6, 5, 6, 5; Row 7: 4, 3, 4, 3; Row 8: 2, 1, 2, 1; Row 9: 1, 2, 1, 2; Row 10: 3, 4, 3, 4; Row 11: 5, 6, 5, 6; Row 12: 7, 8, 7, 8.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION