

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-463329

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique <b>17898</b>	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>12650</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>KHOUKH JUSSAMA</b>			
Date de naissance : <b>3 Juin 1989</b>			
Adresse : <b>Lot Les Orchidées S.6 Bd RIAD</b>			
Tél. : <b>06 13 27 60 25</b>		Total des frais engagés :	<b>500</b> Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>11/12/19</i>	
Date de consultation :	<b>11/12/19</b>
Nom et prénom du malade :	
<i>Jussama</i>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
<i>Maladie chronique</i>	
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 : <i>Morramedia</i>	Le : <b>11/12/19</b>
Signature de l'adhérent(e) :	
<i>Jussama</i>	
ACCEUIL SIEGE RAM	



### 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
11/12/19	C		250	INP : [REDACTED] [Signature]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE ORTHOPÉDIE DU MAGHREB M. TAZI YOUNES AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA 05 23 32 24 16 / INPE: 092040880</b>	11/12/19	252,50.

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

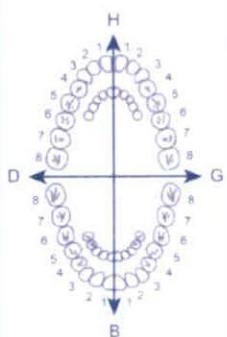
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

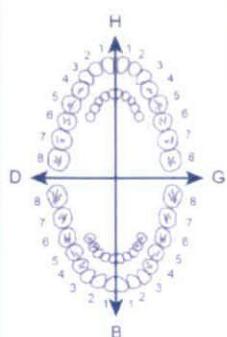
#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]



### O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux [REDACTED]

Montants des soins [REDACTED]

Début d'exécution [REDACTED]

Fin d'exécution [REDACTED]

Coefficient des travaux [REDACTED]

Montants des soins [REDACTED]

Date du devis [REDACTED]

Date de l'exécution [REDACTED]

**Dr Mohamed SEDIRA  
PEDIATRE**

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant  
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris  
Médecin de Sport



15, Avenue des FAR  
1er étage. App. N° 4. Mohammedia  
Tél. C : 05 23 31 06 08  
Urgence : 06 63 44 32 71

**PHARMACIE D'ORTHOPÉDIE  
DU TAZI JONES**  
AVENUE DES FAR MOHAMMEDIA  
Mohammedia, le 11/12/19  
05 23 31 24 16 / N° PPE : 092040880

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant

**دكتور محمد سديره**

طب الأطفال

الرضيع — الأطفال

خريج كلية الطب بباريس

الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي

الطريق الأول — شقة رقم 4 — المحمدية

05 23 31 06 08

العيادة : 06 63 44 32 71

المستعجلات :

الحمدية. في: 11/12/19

Je soussigne, Dr

KOUCHE Iman.

79,50

1)



Ajixiol 6mg  
7cass 30

T.S.V.P

33,20



Calstenei

100g/11,05 f

21,90



Butovent 8

7cass x 30 G  
1/2 a - 10,05

24,50

Lokeus

93,40

OFIKEN 100

252,50



*14 SEPTEMBRE 2021  
PHARMACIE MCHENNAO  
15 SEPTEMBRE 2021  
DU MAGHREB  
M.TAZI YOUNES*

**PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGHREB  
M.TAZI YOUNES  
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE: 092040880**

93,40

LOT: 074  
PER: MAI 2021  
PPV: 33 DH 20

PPV: 24DH50  
PER: 04/21  
LOT: 1932

**Butovent 0,04%**

Salbutamol

21,00

Lot: 190660  
À consommer  
avant le: 10/2022  
PPC: 79,50 DH