

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

N° W21-638780

098 281

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0937 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FARIS LOUARNA

Date de naissance : 08/01/1965

Adresse : 7h les vallées Anfa 3 Dan Baâza

Tél. 0661465596 Total des frais engagés : 276,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Youssef RAHALI  
Ang Rte ELJADIDA et Bd Abdellah  
BOUABID 1er étage Apt n°2 Casablanca  
Tél : 0522 25 00 25 GSM : 0667 10 02 08

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Youssef Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Code du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ouled Ziane Dr. ALAOUI HACHIMI N. 39, Village Pilote D. Tél. 0522.29.09.03	03/11/21	276,40

#### **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1040009613
	02/11/21	central		Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		
		<b>H</b>		
		25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/>
		00000000 35533411	00000000 11433553	<input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>		
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

# Dr RAHALI YOUSSEF

Chirurgien Dentiste EX. Lt Colonel  
à l'hôpital militaire  
Mohammed V Rabat

Parodontie  
Implantologie  
Orthodontie  
Esthétique  
Chirurgie buccale



CENTRE DENTAIRE RAHALI

le 02/11/2021.

Ms chenadi Youssef

10200x2  
1) Birodogyl ~~NS~~

140 x 21 j x 08 j

58.40 2) Solipred ~~NS~~

4400 3) Uvp i-l-fri j x 04 j

1400 3) Dolipred ~~NS~~

140 x 6 04

4) Ein (Bn-de-bouch)

140 x 10 j

Dr Youssef RAHALI  
Ang Rte ELJADIDA et Bd Abderrahim  
BOUABID 1er étage Apt n° 2 Casablanca  
IF : 26066339 T.P. : 34800244  
ICE : 00212025800009

1,276.40



"Green Office 8" - Beau Sejour  
Ag. Route d'el Jadida  
et Av. A. Bouabid - 1er étage N°2  
CASABLANCA

06 67 10 02 08

05 22 25 00 25