

## 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

N° W21-816605

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 08700		Société : R.A.M	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<i>A76506</i>
Nom & Prénom : FARIS ABDELAÏD		Date de naissance : 02/08/168	
Adresse : habatelle		Tél. : 3042973 Dhs	
Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <i>21/09/2023</i>			
Date de consultation : 21/09/2023			
Nom et prénom du malade : FARIS NAJAH Age: 21 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : OPA			
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 : *RAM* Le : 22/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE Des Dentistes</b> Dr. ALAMI ZINEB Mosquée Naseur Lot Naseur Casablanca - 0622 78 28 66	21/09/2023	429,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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 : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D			B			G	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D																						
B																						
G	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		



وصفة طبية

Ordonnance

63,20

FAIS NOTA

- jenme prop de 6 h
- Perendicaline ventolne 45,30x5  
spry - 2 pp la min  
avant le bde c 226,50
- Senheo. 250 - 2 p le soir  
et 2 p le matin 140,00
- Zerstec. 1 cap 6 sur 63,20



621/05/23

429,70

GSK  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



118001 14/258  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

Lot  
EXP  
PPV

C L 6 B  
0 8 2 0 2 4  
4 5 , 3 0 D H

GSK  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



118001 14/258  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

Lot  
EXP  
PPV

M J 3 V  
1 2 2 0 2 4  
4 5 , 3 0 D H

GSK  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat



118001 14/258  
VENTOLINE 100 mcg  
Aérosol 200 doses  
PPV 45,30 DH

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 21/09/2023



Numéro : 131 978

090061862

**Nom patient : FARIS NOUHA**

**Médecin : DR. EL WALI ABDERRAHMAN**  
Anesthésie-Réanimat.

2300749876

**PAYANTS**

	<b>Montant</b>
<b>CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE</b>	<b>300,00</b>
<b>Total</b>	<b>300,00</b>

*Arrêtée la présente à la somme de :*  
**TROIS CENTS DIRHAMS**

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 22 89 28 54  
N°INP 090061862  
E-mail : contact@chkhb.dz