

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



95121

## 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.

Déclaration de Maladie : N° P19-0015584

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30145 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELLAHADOU Abdel Date de naissance : 13/12/18

Adresse :

Tél. : 0662 76 1493 Total des frais engagés : 652,40

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/11/2019

Nom et prénom du malade : Youssef Age : 1

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Suspense

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. J'ai pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
1113	2-2	5000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OULHAKEM P.N° 5 Bis Deroua 05.22.03.43.72	13/11/19	5000

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

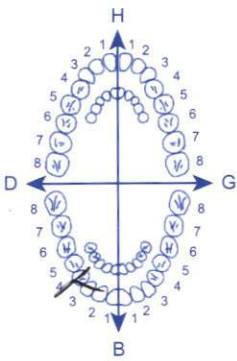
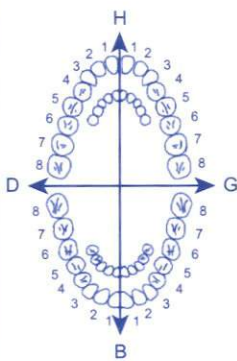
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	44	2-2	2-2	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتورة ربيعة السعدي

DOCTEUR RABIA SAADI

علاج وتقويم اعوجاج الأسنان

ORTHODONTIE & SOINS

الدروة ، في 13-11-15 Deroua, le

Mr y. k. m. A. k. m.

34,60 x 2

1. Amant 500 mg



1/2 cp 4 x 2 par 6j

18,20

2. Paracetamol 500 mg



cp 3 x 2

64,50

3. k. m.



15/11/15  
PHARMACIE OUKHAKEM  
Bloc P N° 5 Bis Deroua  
Tél : 05.22.03.43.72

Dr. Saadi Rabia  
Chirurgien dentiste  
5 Bloc "P" N° 14  
Tél : 05.22.53.23.11

بلوك "P" رقم 5، الطابق الثاني - الدروة

Bloc "P" N° 5, 2° étage - Deroua - Tél. : 05 22 53 23 11

**KIN**  
Gingival

Lote / Batch.: 18056  
Exp.: 10-2021



8 470003 731591

U-99-11  
LAPTOP/IAN  
DI/P/21



PARANTAL<sup>®</sup>  
500 mg  
20 comprimés effervescents

6 118000 031857

PPV: 34.60 DH  
LOT: 612767  
PER: 03/21

AMOXIL 500mg  
12 comprimés dispersibles



6 118000 160113

PPV: 34.60 DH  
LOT: 614195  
PER: 03/21

AMOXIL 500

PHARMACIE OULHAKEM  
Bldg 14 - 3 Bis Delmas  
Tél : 02.23.23.43.13





# facture Dentaire

**DR SAADI RABIA**

*Chirurgien Dentiste*

Telephone +212 5 22 53 23 11 Fax : +212 5 22 53 23 11 Email : Dentalpro360@gmail.com

Date : 13/11/2019	Nom Du Patient : Yakini atika	Numéro du Facture 231
----------------------	----------------------------------	--------------------------

Numéro de dent(s)	Acte	Nº de (D)	Prix
44	Rx + extractin	D3+D10	500DH

<b>Prix Total</b>	<b>500 DH</b>
-------------------	---------------

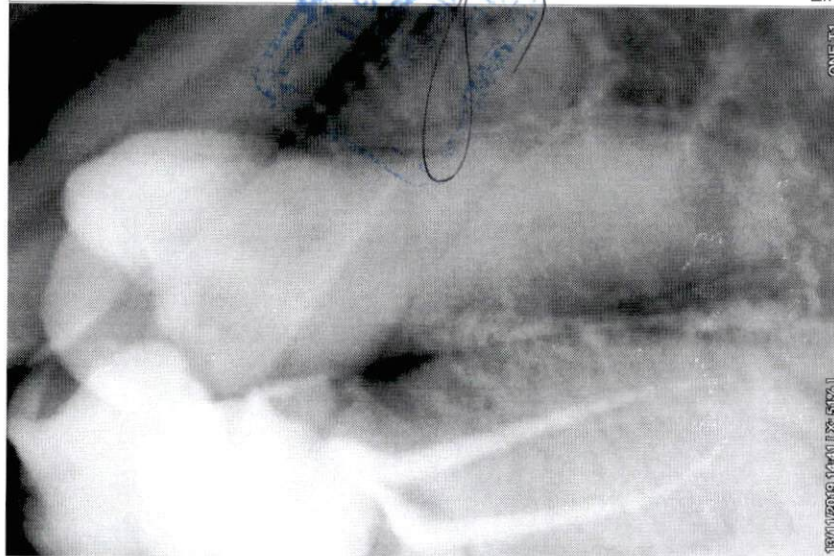
Arrêtée la présente facture a sept cent dirhams .



Création 13/11/2019  
13/11/2019 - 44 -

YAKINI Atika

Impression 13/11/2019  
Lin.



Dr Saadi Rabia; Dr Saadi Rabia
Bloc P N 5 Etage N 1 Deroua; 0522532311