

## RECOMMANDEATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dument 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

- 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 3090

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAMOURAH ATIMEN

Date de naissance : 01. 01. 1952

Adresse : 649 Hay Hassam El Jazida

Tél. : 06 78290926

Total des frais engagés : 312,00

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. CHAOUKI YOUSSEF  
Médecin Générale

Date de consultation : 20/09/19

Nom et prénom du malade : SAMOURAH

Age : 67

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : mafal

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 : EL JASIDA

Signature de l'adhérent(e) :

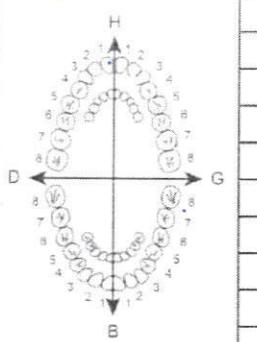
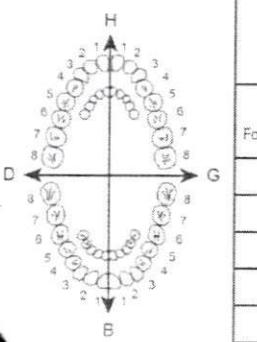
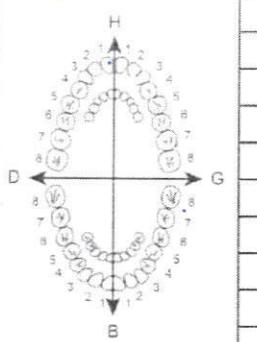
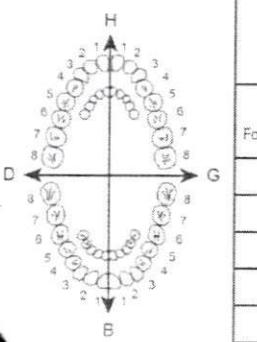
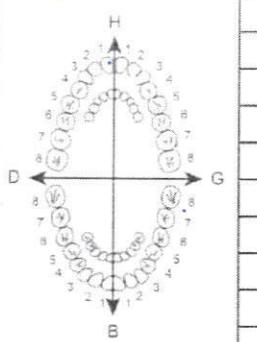
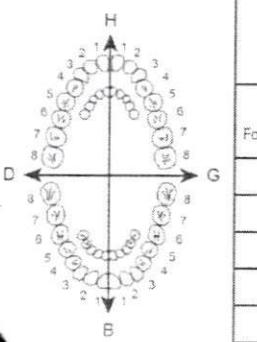
ACCUEIL, 2019

Date d'acte	Nature des Actes	Montant des Actes	Montant des Honoraires	Coef. de la signification des Actes attenant le Palmarès des Actes
Actes	Actes	Actes	Actes	INP : 111165220
20/09/19	20/09/19	20/09/19	20/09/19	Dr. CHAOUKI YOUSSEF Médecine Générale

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/09/2019	112.10

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

IN PRACTICE																																																																																																										
Important : Veuillez rendre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement cancéreux, dans le cas de l'INP																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td>SOINS DENTAIRES</td> <td>Dents Traitées</td> <td>Nature des Soins</td> <td>Coefficient</td> <td>INP : 111165220</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">O.D.F PROTHESES DENTAIRES</td> </tr> <tr> <td colspan="5">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="5">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="5">VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DEBUT D'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="2">FIN D'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="2">COEFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="2">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> </table>		SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 111165220											O.D.F PROTHESES DENTAIRES					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																								CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DEBUT D'EXECUTION		FIN D'EXECUTION		COEFFICIENT DES TRAVAUX		MONTANTS DES SOINS		DATE DU DEVIS		DATE DE L'EXECUTION	
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 111165220																																																																																																						
																																																																																																										
																																																																																																										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES																																																																																																										
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G																																																																																															
H	25533412	21433552																																																																																																								
D	00000000	00000000																																																																																																								
B	35533411	11433553																																																																																																								
G																																																																																																										
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																																																										
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																																										
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																										
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																																										
MONTANTS DES SOINS																																																																																																										
DEBUT D'EXECUTION																																																																																																										
FIN D'EXECUTION																																																																																																										
COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																																										
MONTANTS DES SOINS																																																																																																										
DATE DU DEVIS																																																																																																										
DATE DE L'EXECUTION																																																																																																										

El Jadida, Le

29/11/15

Samoura A. H. ed

53,00

①

DAKTAR N



Maphar  
Km 10, Route Oâtière 111,  
Q1 Zenata Ain seba Casablanca  
Daktarin gel buccal t40g  
P.P.V : 53,00 DH

E 1116001 180745

40,00

②

Bionyx a 80

C > 3

40,00

19,50

③

Spa Spur a 100



Pharmacie Hay Essaouira  
Dr. SIRRI ILHAM  
Imm 20, N 19 route de  
Oum Errabta H 3 Casablanca  
Tél: 0523 39 51 11  
El Jadida

Dr. CHIAOUATI YOUSSEF  
Médecine Générale  
El Jadida

112,50

