

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

198084

Maladie

Dentaire

Optique

Al

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 12084

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : R.OUHI AZIZ

Date de naissance : 06/12/1975

Adresse : AV. HASSAN 2 RÉS MAHAJ CENTRALE 1MM A2  
APPT 02 SALA ALJADIDA

Tél. : 0602099737 Total des frais engagés : 5.00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Dr. IDALI LAILA  
Chirurgien Dentiste  
Résidence El Kbir 1mm, 48  
N°7, 1er Etage-Sala El Jadida  
Tel: 05 37 53 62 94*

Date de consultation : 21/02/2024

Nom et prénom du malade : R.OUHI ABDALLAH Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : dent carrière

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

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'adéquat médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Sala

Le : 21/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : ROUHI

VOLET A RENDEZ-VOUS

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	4 5	T. ENDO	050	500,00 HT	
					MONTANT DES SOINS
					500,00 HT
					DEBUT D'EXECUTION
					5/2/202
					FIN D'EXECUTION
					21/2/202

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

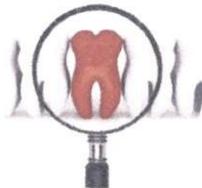
**[Création, remont, adjonction]** Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur IDALI Laila

Chirurgien Dentiste  
Lauréat de la faculté  
de médecine dentaire  
Université Mohammed V  
Rabat



الدكتورة ليلى إداعلي

طبيبة جراحة للأسنان  
خريجة كلية الطب الأسنان  
جامعة محمد الخامس  
الرباط

Le : 21/02/2024

ROUHI ABD ALLAH

facture :

LIS : Traitement Endodontique à 150 à

500,00 DH

Dr. IDALI LAILA  
Chirurgien Dentiste  
Résidence EL Kair Imm. 48  
N°7, 1er Etage - Sala AL Jadida  
Tél : 05 37 53 62 94

Résidence EL Kair Imm 48 n° 7 - Sala AL jadida - Tél : 05 37 53 62 94

ICE : 001889866000080 INP : 104166608 IF : 97289145

E-mail : cabinet.idali@gmail.com