

## 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.

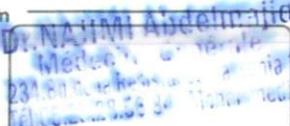
### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-542735

UUUSS

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>13.004</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>MEKKAOUI JAOUAD</b>			
Date de naissance : <b>14/02/1988</b>			
Adresse : <b>136 Euran Samir Itassama 2 EL AOUA TETOUAN</b>			
Tél. : <b>00212 12 017 11</b>	Total des frais engagés : <b>331,24 Dhs</b>		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <b>18 SEPT 2020</b>			
Nom et prénom du malade : <b>MÉKKAOUI JAOUAD</b> Age: <b>32</b>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <b>Op/10/11</b>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <b>15/09/2020</b>			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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 : **Mohamed**

Le : **18/09/2020**

Signature de l'adhérent(e) : 

### 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
18 SEPT 2020	C	150 (0)	150 (0)	091115279

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RECEPTE ET LIBRAIRIE DU DOCTEUR ET DES PHARMACEUTIQUES DU MATERIA MEDICO	18/09/2020	18110

### 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
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
<img alt="Diagram of the dental arch				

Docteur Abdelmajid NAJIMI

Médecine Générale

Echographie

Ancien Médecin à l'hôpital Al Hassani  
Nador

234, Bd. de la Résistance Hassania I  
El Alia - Mohammedia  
Tél. : 05.23.28.56.84

الدكتور عبد المجيد ناجيمي

- الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفى الحسني  
النظاظر

234. شارع المقاومة - الحسنية I  
العلية - الحممية  
الهاتف : 05.23.28.56.84

Mohammedia, le 18 SEPT 2020

الحممية، في

MEKKAOUI Jaouad

LOT 200703  
EXP 02/2022  
PPV 122.80DH

122,80

~~200~~ 100

100

58,30

~~100~~ 100

100 x 2

131,10

PHARMACIE EL HASSANIA  
NAGE BERRI El BOURG  
Dakar en Pharmacie  
Tél. 05.23.28.56.84  
Mohammedia

100

58,30

Dr. NAJIMI Abdelmajid  
Médecine Générale  
234.Bd. de la Résistance Hassania I  
Tél. 05.23.28.56.84 Mohammedia