

# 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.



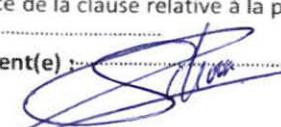
N° W19-455150

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autre
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10773			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENKIRAN SIHAN			
Date de naissance : 14/11/1977			
Adresse : AV. BIR KACEM VILLA HASAR SOUSSI QABAT			
Tél. : 0668815991	Total des frais engagés : 55,50		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 Dr K. A. BENKIRAN NEUF CHAMPS 2, Place Yves DELORS - Rabat TÉL. 0527 78 JAN. 2020			
Date de consultation : 10.01.2020 Nom et prénom du malade : DR Benkiran Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : SEP 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 : RABAT

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 24/01/2020



## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-455150

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

#### **BEIJING 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
10.01.2023	Consultation	1	300	INP 101009082 Dr K. ALZEMMOURI NEUROLOGUE 2 Place My Ali Cherif - Rabat

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/2020	275.-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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	

#### **VDLET ADHERENT**

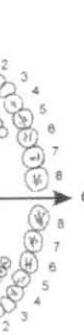
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est tenu 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'OC

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$  \begin{array}{r l}  & 25533412 & 21433552 \\  & 00000000 & 00000000 \\  \hline  D & 00000000 & 00000000 \\  & 35533411 & 11433553  \end{array}  $			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur ALZEMMOURI Khadija

NEUROLOGUE

Ancienne Maître Assistante  
à la Faculté de Médecine de Rabat  
Maladies du Système Nerveux

الدكتورة خديجة آل الأزموري

أستاذة مساعدة سابقاً بكلية الطب

إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي

ومرض الصرع

Rabat, le

10.01.2020

مدة

Benkiran Sihau

Betaferon

دosis 1 جرعة 2

x 3 mois

196,-

Ciproxine 500 mg.



Dr K. ALZEMMOURI  
NEUROLOGUE  
2, Place M. A. Cherif - Rabat  
Tél: 05 37 76 62 14

Doliprane 700

دosis 2 fois selon



275,-

Dr K. ALZEMMOURI  
NEUROLOGUE  
2, Place M. A. Cherif - Rabat  
Tél: 05 37 76 62 14

PPV 15 DH 80  
PER 09 / 22  
LOT 11950  
**15,80**

LOT: M0047  
EXP: SEP 2023  
PPV: 196,50 DH

PPV 15 DH 80  
PER 09 / 22  
LOT 12109

**15,80**

PPV 15 DH 80  
PER 05 / 22  
LOT 11104

**15,80**

PPV 15 DH 80  
PER 09 / 22  
LOT 11959  
**15,80**  
S1

Dr. ALZEMMOURI Khadija  
NEUROLOGUE

2, Place My Ali Cherif - Rabat  
Tél : 05 37 76 62 14

الدكتورة خديجة آل الزموري  
إختصاصية في أمراض الجهاز العصبي  
2، ساحة مولاي علي الشريف - الرباط  
الهاتف : 05 37 76 62 14

## FACTURE № 000704

للسعر  
Reçu de M Ben Kiraou Sihem

La somme de : Trois Cent

dinar

Pour  Consultation

DH

Dr KADIMA ALZEMMOURI  
NEUROLOGUE  
2 place My Ali Cherif - Rabat  
Tél : 05 37 76 62 14

Date : 10.01.2020