

## 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.

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

18224 Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : 8495 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : ESSALHI ABDIAZZ

Date de naissance : 14 MAI 1965  
Adresse : HABITATION

Tél. : 0665238516 Total des frais engagés : 385 Dhs

Cadre réservé au Médecin : Dr. YOUSSEF ALI MAMOUN  
Av. Sekia El Haima - Béchara  
Face Lycée Plateau - Salé  
Tél : 05 37 88 2117

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 23/12/2018  
Nom et prénom du malade : ESSALHI ABDIAZZ

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Angine

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 : Agadir Le : 23/12/19

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
23/12/2018 CS	△	200.00		INP : 10108736 RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES Dr. S. LAMRAZ Bettana

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dispensaire Bettana Télé : 05 37 80 34 43 4, Rue Doukkala, Bettana, Sais	23/12/18	105,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

VOLET 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 prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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 : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 05533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Youssouf LAMRANI**  
**PEDIATRE - ALLERGOLOGUE**



Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

C.E.S de Pédiatrie et Puériculture

DU Immunologie Allergologie

الدكتور يوسف الامرياني  
اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
وأمراض الحساسية (الضيقية)

خريج كلية الطب بباريس

15,80

PV 150 H 8  
ER 09/22  
LOT 12187

23/12/2019

**ESSALHI HASSAN**

Pds : 39,5 Kg Age : 8 a et 8 m



33,60x2 **1- NEOMOX 500MG 2 FLACONS 100 ML**  
pendant 8 J , 1cm et demi 3x/j

Lot: 190593  
À consommer  
avant le: 09/2022  
PPC: 79,50 DH

15,80 **2- DOLIPRANE CP 500 EFF**  
pendant 3 J , 1 cp/6h si céphalées ou fièvre

22,50 **3- NODOLFEN SUSPENSION**  
pendant 3 jours , dose 30 kg/6h si fièvre >38,5  
En alternance avec doliprane

79,50 **4- APIXOL ENFANT**  
pendant 10 jours , 1 cm et demi 3x/j

185,00

LOT : 99/2022  
PER : 03/2023  
NO - DOL FEN 20MG/ML  
SUSP BUV FL 150ML  
P.P.V : 22DH50  
6 118000 061892

