

## 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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° W19-578935

58088

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Clé : **1111** Cadre réservé à l'adhérent (e) **1111** Société : **DAM**

### Actif

### Pensionné(e)

### Autre

Nom & Prénom : **AZZEHIZI NABIL**

Date de naissance : **05/06/1972**

Adresse : **LOI KHADDASSI, DUB 6, N° 6, AZEM 1002**

Tél. : **527 768787**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr **Mohamed EL BAZ**

Médecine Générale

40, Bd. Moulay Boudhiaf

Agdal, Casablanca

Tél. : 05 23 35 73 60



Cachet du médecin :

*27/01/2021 10.1 FEV. 2021*

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

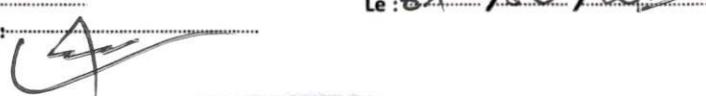
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **21/02/2021**



### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/01/21        | EDCO              | 21                    | 200                             | INP: 1111048416<br>Dr. Mohamed EL BAZ<br>Médecine Générale<br>40, Bd. Moulay Bouachaib<br>Azemmour<br>Tel: 05 23 55 73 60 |
| 21              |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 28/01/21 | 313.50                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

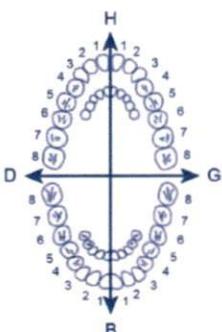
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

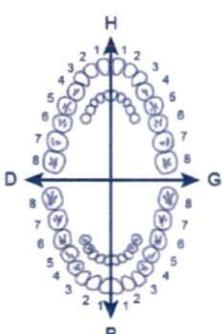
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

VISA ET 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

# Docteur Mohamed EL BAZ

Médecine Générale

Echographie

Dr. Mohamed EL BAZ  
Médecine Générale  
Ex-Médecin de l'Hôpital Sidi El Ayachi  
40, Bd. Moulay Bouchaïb  
Azemmour  
Tél: 05 23 35 73 60

الدكتور محمد الباز

الطب العام

الفحص بالصدى

طبيب سابق بمستشفى سيدى العياشى

Atzzehizi Nasib

27/01/21

267,-

celestev. of



3-

413,-

Tanakai

3 4 2 out af



86,50

Oxygén 3000 ml 30

14 hr



129,00

Shen-Gen- ou S'irau (ang)

1 ang le muf out



Dr. Mohamed EL BAZ

Médecine Générale

40, Bd. Moulay Bouchaïb

Azemmour

Tél: 05 23 35 73 60

زنقة بولكعيبات، طريق مولاي بوشعيب، رقم 40 أزمور - الهاتف : 05.23.35.73.60

Rue Bou El Kaïbat - Route Moulay Bouchaïb, N° 40 Azemmour - Tél. : 05.23.35.73.60



حصة رقم  
Lot n°:

نارخ الصلاحية  
Date d'Exp.

Lot n° / Batch n°

201960/2  
06/2023

Date d'exp.

**PPC 129,00 DH**

71,30

611 800115 010 6  
CELESTENE Chronodose 1 Amp  
P.P.V : 26,70DH  
AMM 19 / 14DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouskoura

65,50

65,50

65,50