

## 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 | adhession@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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-572685

58089



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1111	Société : RAT		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AZZEHIZI NABIL			
Date de naissance : 05.06.1972			
Adresse : Lot. ICHAORADJI, N°6, N°6, ABOU MOUR			
Tél. : 687768787	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
DR BOUZIBI Faissal			
MUPRAS			
Date de consultation : 31/12/2020			
Nom et prénom du malade : Ezzehizi Nabil			
Age: 49			
Lien de parenté : Lui-même			
Conjoint			
Enfant			
Nature de la maladie : Dermatologie			
ACCUEIL SIEGE RAM			
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 : 01/02/2021

### 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
30/05/2021	Cr 01			INP : 11959153 DOUVELLE VERGNE DRÉS

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FAMILIALE 30/05/2021	30/12/20	645142071

### 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	

### VOLET ADHERENT

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

SOINS		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
DEBUT D'EXECUTION														
FIN D'EXECUTION														
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	00000000	35533411												
G	35533411	11433553												
[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS												
Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession														
DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



## مستشفى بدود تارخه ORDONNANCE

Le 30/12/2020

Azzelizi

Nabil

34.60x7

11- longumline longum



1 cp/1 le sir x 3ml

67.20x6

22- Enyflur solutio



matrix et sir x 3ml

5: 645,40

0523347946  
SIDI ALI EL EAD  
PHARMACEUTICAL

Dr. BOUZ/NBI Faissal  
Dermato-venerologue

Le 30/12/2020

34,60

PPV 34DH60  
PER 01/22  
LOT J148

ERYFLUID 4%

LOTION FL 100 ML



P.P.V :67DH20



6 118000 010630

ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML

P.P.V :67DH20



6 118000 010630

ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML

P.P.V :67DH20



6 118000 010630

ERYFLUID 4%

LOTION FL 100 ML



P.P.V :67DH20



6 118000 010630

ERYFLUID 4%  
LOTION FL 100 ML

P.P.V :67DH20



6 118000 010630

ERYFLUID 4%

LOTION FL 100 ML



P.P.V :67DH20



6 118000 010630

ERYFLUID 4%

LOTION FL 100 ML



P.P.V :67DH20



6 118000 010630

ERYFLUID 4%

LOTION FL 100 ML



P.P.V :67DH20



6 118000 010630