

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## Biologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° M21- 0051401  
7836.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4828 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

MARIKA Ahmed

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MARIK

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



8

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4829 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : MARIKH Ahmed  
 Date de naissance : 26.4.1953  
 Adresse : 50 Léonard de Vinci B'd Abdellaziz  
 CASA  
 Tél. : 06 74. 15.3.8.39 Total des frais engagés : 1056,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Docteur. A. SAYEH  
 Neuro Psychiatre  
 54, Bd. Rahel Meskin  
 Tel. 05 22 29 97 61 / 63  
 Date de consultation : 24 Juin 2021  
 Nom et prénom du malade : MARIKH Latifa Age : 1954  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : New neuro-psychiatrique  
 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-068569

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4829  
 Nom de l'adhérent(e) : MARIKH Ahmed  
 Total des frais engagés : 1056,60 DH  
 Date de dépôt : 25.6.2021

## **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
4 Juin 2021	CNPsy	1	300,000,00	Docteur : A SA Neurologiste 54 Bd. Rohan 66000 25 22 29 97 61 / 63

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE 153 Rue Habacha (Bd Day Ould Sidi Baba) Ghellaïf - Casablanca 0522 25 16 01	24/6/21	756,60

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

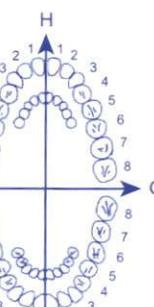
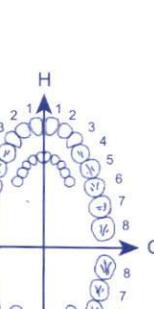
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### LEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D B	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur A.SAYEH**  
Spécialiste



الدكتور أدم السايد  
الاختصاصي

NEURO - PSYCHIATRE  
54, Bd Rahal EL Meskini  
(Au Dessus Pharmacie Lorraine)  
Casablanca

05.22.29.97.61  
05.22.29.97.63

في الأمراض النفسية  
و العقلية و العصبية  
شارع رحال المسكيني 54  
(فوق صيدلية لورين) الدار البيضاء

Casablanca, le :

24 JUIN 2021

دار البيضاء، في:

J<sup>me</sup> = MARI KOT Rahfa

7X83,70



204-717

Dembabsa,

5X27,00

Leptimath

204-76

② Alinatso



Alpinist

35,70

PHARMACIE

756,60 ③

Alproz 0,5



204-8

Melp

ceelouch

PHARMACIE WAI  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Bat  
Ghella - Casablanca  
Tél: 0522 25 42 22

Doctor A. SAYEH  
Neuro Psychiatre  
54, Bd. Rahal Meskini  
Tél : 05 22 29 97 61 / 63

Durée du traitement :

(3) Trois mois

Rendez-Vous :

Le 23-09-2021 à Jdhak

توقف مستمر من الإثنين إلى الجمعة من 9 صباحاً إلى 3 بعد المزوال السبت 9 صباحاً 1 زوالاً  
بالموعد  
Sur Rendez vous Horaire Continue de Lundi au vendredi de 9h à 15h Samedi de 9h à 13h

ID: 646328 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aoude  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

LOT: 09921012  
PER: 02/2026  
PPV: 27,00DH  
**27,00**

ID: 646328 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aoude  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

LOT: 09921012  
PER: 02/2026  
PPV: 27,00DH  
**27,00**

ID: 646328 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aoude  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

LOT: 09921012  
PER: 02/2026  
PPV: 27,00DH  
**27,00**

ID: 646328 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aoude  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

LOT: 09921012  
PER: 02/2026  
PPV: 27,00DH  
**27,00**

ID: 646328 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aoude  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

LOT: 09921012  
PER: 02/2026  
PPV: 27,00DH  
**27,00**

ID: 646328 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aoude  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aoude  
Région de Rabat  
PPV 83,70 DH  
6 118001 140237

LOT 2105071  
EXP 03 2024  
PPV 35,70