

## 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 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° P19- 068569

Maladie  Dentaire  Optique  Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule ..... 4578 Société .....

Actif  Pensionné(e)  Autre .....

Nom & Prénom ..... MARIKH Ahmed

Date de naissance ..... 16-11-1953

Adresse ..... 50 Léonard de Vinci Abdellah

Tél. 06 71 15 88 39 Total des frais engagés ..... 207,62 DH

### Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin

Date de consultation ..... 22/6/2021

Nom et prénom du malade ..... MARIKH Abdellah

Lien de parenté  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie ..... HTA

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'attentif médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déc  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....













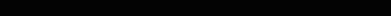


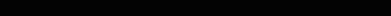


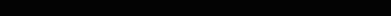


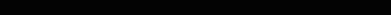


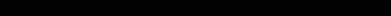


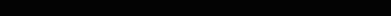


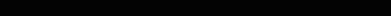


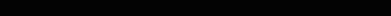


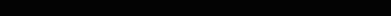


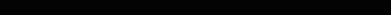


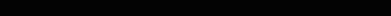


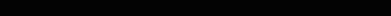


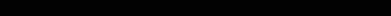


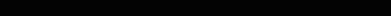


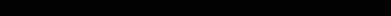


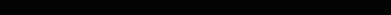


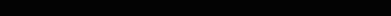


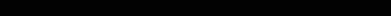


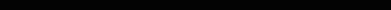








































































































































































































<img alt="Red stamp of MUPRAS" data-bbox="785 1944 959 1

## 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     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/06/2021      | 1                 | 50000                 |                                 | Dr. GHALIA BACHIR<br>12, Passage Larakia - 02<br>Grenoble - France |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

INR 061266684

## EXECUTION DES ORDONNANCES

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

PHAK <sup>SA</sup> du Fournisseur  
- 153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba  
7erb Ghellaf - Casablanca  
Tél: (052) 25 16 07

Date

**Montant de la Facture**

| 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        |
| 22/6/2011   | Q1                | forfait               |                                 | Dr. GHALI CIN<br>12, Pasteur<br>Larakia - Casablanca<br>Gemmata 07 45 |
| INP 061066684   |                   |                       |                                 |   |
| EXECUTION DES ORDONNANCES   |                   |                       |                                 |   |
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date              | Montant de la Facture |                                 |   |
| AKHILIA<br>153, Rue Habacha<br>1 Day Ould Sidi Baba<br>b Ghellaf - Casablanca<br>TAI 052725 16 07 | 22/6/2011         | 267,60                |                                 |   |

## ANALYSES RADIOGRAPHIES

**Cachet et signature du laboratoire et du Radiologue**

Data

**Désignation de  
Coefficients**

**Montant  
des honoraires**

---

AUXILIAIRES MEDICAUX

---

## Cachet et signature du Praticien

Date \_\_\_\_\_

100

1

100

卷之三

No

mhre

2

100

100

14

**Montant détaillé des honoraires**

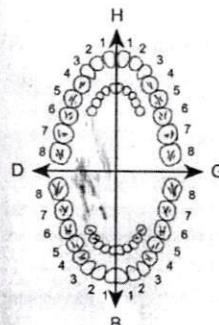
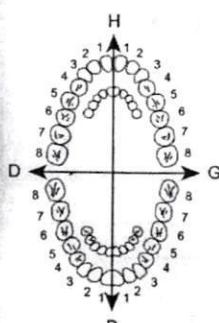
ADHERENT

## RELEVE 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|--|---|------------------|-------------|-------------------------|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|-------------------------|
|   |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> |                  |             | H                       | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H   | 25533412         | 21433552    |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | D   | 00000000         | 00000000    |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  | B   | 35533411         | 11433553    |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             |                         |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | DATE DU DEVIS           |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |
|  |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |          |          |   |          |          |   |          |          |                         |

Docteur Abdelhak CHALIM

MÉDECINE GÉNÉRALE

Ex. Médecin des F.A.R

Ex. Médecin de la Garde Royale

INP 06/566684



الدكتور عبد الحق غليم

الطب العام

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

طبيب سابق بالحرس الملكي بالرباط

UT.AV : 2 24 P.P.V.  
LOT N° : 301642 89,20

Berrechid, le

22/6/2021

برشيد، في

97 mg MARIKU Latifé

3 x 89,20

AMLOK 5 mg

1 eg/15 x Trois mois

967160

PHARMACIE WATC  
153, Rue Habacha  
(Bd Day Ould Sidi Baba)  
Derb Ghellef - Casablanca  
Tél: 0522 26 16 07

UT.AV : 2 24 P.P.V.  
LOT N° : 301648 89,20

Dr. CHALIM Abdelhak  
M.D. CIN  
12, Passage Rachid Rida  
Larakia - Berrechid  
Tél: 022.53.48.03 - GSM : 064.26.52.57

الطابق الأول رقم 12، ممر رشيد رضا تجذة العراقية - برشيد - الهاتف : 022.53.48.03 - المحمول : 064.26.52.57

1<sup>er</sup> étage N° 12 Passage Rachid Rida Lotissement Larakia - Berrechid - Tél: 022.53.48.03 - GSM : 064.26.52.57