

## 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 | : 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° W21-622905

77501

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RAM	
Matricule :	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom :		AZZEH H. / A. ABDI	
Date de naissance :		05-06-1972	
Adresse :		Khadraoui RUE 6 NO 1 ABOU MOU	
Tél. :		06 97 76 87 87	
		Total des frais engagés : 902 X 0.00 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. Najib H. / Médecine Générale 54. Boulevard My Hassan Tél: 05 23 35 89 69 - Azemmour	
Date de consultation :	
A 22/11/21 / NADJ	
Nom et prénom du malade :	
Age:	
Lien de parenté :	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :	
Dysfonction	
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 : 08/11/21

Le : 08/11/21

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
21/05/21	VV	13000		INP: DR. EL IDRISI Mouloud Hassan Médecin général 54. Boulevard My Hassan Tel: 05 23 35 89 00 Azenmour

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL IDRISI Dr. EL IDRISI Abdelouahed 50 Bd. Mouloud My Hassan Azenmour Tél: 0523 35 89 44	21/05/21	772100

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

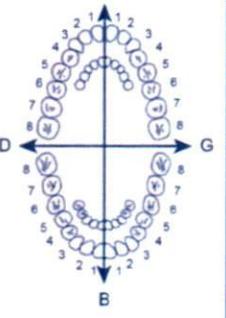
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### 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.

	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	

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[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**

Docteur NAJIB HAMID

Médecine Générale

Diplômé du CHU Ibn Rochd Casablanca

Médecin interne de l'Hôpital Med. V

ECHOGRAPHIE

54, Bd. Moulay El Hassan  
Azemmour

Tél. : 05 23 35 89 69

الدكتور نجيب حاميد

الطب العام

خريج المركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء  
طبيب داخلي - ملقم - مستشفى محمد الخامس

الفحص بالصدى

شارع مولاي الحسن - أزموor - 54  
(قرب الدرك الملكي)

الهاتف : 05 23 35 89 69

Azemmour, le :

21-05-01 : الأمور في :

A 226545 Zin Mabgil

15413087 - B-c-kg to 19m/s

59.50x2 - Appende D

56.60x3 - S-blwad

39.8 - Laroayl 10 ft

134.8 - Nodkrgyl 800 1 p 38

Dr. Najib HAMID  
Médecine Générale  
54. Boulevard My Hassan  
Tél: 05 23 35 89 69 - Azemmour

272100

**Laroxyl®**

Amitriptyline

PPV:39DH80  
PER:12/23  
LOT: J3626

59,50

59,50

134,80

LOT 202361  
EXP 10 2024  
PPV 134.80

LOT:KE00041  
PER:MAI 2022  
PPV:154 DH 30

LOT:KE00041  
PER:MAI 2022  
PPV:154 DH 30

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V:56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V:56DH60  
6 118000 061465

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
P.P.V:56DH60  
6 118000 061465