

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11770	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAGZIRI Soumier			
Date de naissance : 28/02/1975			
Adresse :			
Tél. :	0663669758	Total des frais engagés :	2119,80 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	14/02/2022	Age:	
Nom et prénom du malade :	Elif Ahmed Legziz		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Bronchite		
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 ADHÉRENT

RELEVÉ 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
01/01/2022	C		150 DH	INP : 091138248 Myriam WAHLI MD Médecine Générale N° de Séjour : 12

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/22	9980

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Myriam Wahbi Zizi

Spécialiste en médecine de travail

Ancienne interne à la maternité

du CHU averroes

Electro cardio-gramme

médecine Générale

Echographie Générale



الدكتورة مريم وهي الزبزي

اختصاصية في طب الشغل

طبيبة داخلية سابقا قسم التوليد

مستشار ابن رشد

التخطيط الكهربائي للقلب

الطب العام

الشخص بالصدى

Casablanca, le 14/11/2022

enf Ahmed Legziri

1950

PPC : 8950 DH

601

220008
2025/02

Adix 1 spray 50 ml

1 app a 1j 6 jours



Q

Tributine Sc

103

1 sc a 31j 5 jours

Dolipone 500 mg cp

1cp a 21j 5 jours



99,80

Dr. Myriam WAHBI ZIZI
Médecine Générale
Maternité et Pédiatrie 2
Téléphone : 05 22 37 31 06

حي إفريقيا سعاد 2 الزنقة 55 رقم 6 (قرب صيدلية سيف الدين) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 31 06

Cité IFRIQUIA - Souad 2 - Rue 55 - N° 6 (près pharmacie siffe eddine) - Casablanca - Tél : 05 22 37 31 06

Fax : 05 22 37 31 06 - Patente N° 37304580 - ICE 00205426400054

في حالة الاستعجال : En cas d'urgence GSM : 06 61 07 80 51