

## 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° W21-729075

139085

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **12648** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **ENNAYAR OUSSAMA**

Date de naissance : **08/05/1988**

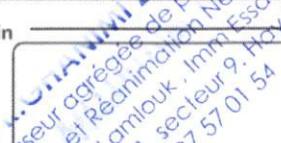
Adresse : **Glénacé Néfzaoui 1711 c App 92**

Néfzaouen

Tél. : **0656985405** Total des frais engagés : **577,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **31/08/2022**

Nom et prénom du malade : **ENNAYAR OUSSAMA** Age : **5ans**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Vaccin**

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 : **Nefzaouen**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28/08/2022**



### 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
31.08.2021			3000 Dh.11	INP: 1001601431 NED Professeur agrégée de Pédiatrie Gynécologie et Réanimatrice Néonatale 3, Rue Hab Lamliouk, Imm. Essaoufa, Montant de la Facture 05 37 57 01 54

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MINETAT 18 Av. Mehdi Ben Barka, Souissi-Rabat Tél.: 05 37 75 16 07 ICE : 00175114000050 INPE : 102008018	31.08.22	277,00 Dhs

### 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
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

D.O.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie  
Médecine et réanimation néonatale  
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي

أستاذة مبرزة في طب الأطفال  
طب وإنعاش حديثي الولادة  
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

Rabat, le 31.08.22. الرباط، في

Rami Ennayor

277,00

Pentoxim



PHARMACIE MINBAT  
18, Av. Hassan II, Bni Berka,  
Tél.: 05 37 75 16 07  
ICE : 00175111000050

Professeur agrégée de pédiatrie  
Médecine et Réanimation Néonatale  
3, Rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,  
appartement 1, secteur 9, Hay Riad  
Tél : 05 47 57 01 54

3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,  
appartement 1, secteur 9.

Hay Riad, Rabat.

Tél. : 0537.57.01.54

INPE 101169431



zineb.ghanimi@gmail.com

3, زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،  
شقة رقم 1، دائرة 9  
حي الرياض.

0537.57.01.54

الهاتف: