

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ▪ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ▪ 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"/> <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)			
Matricule : <i>11460</i>	Société : <i>RAM</i>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>	
Nom & Prénom : <i>KANBOU NABIL</i>			
Date de naissance : <i>11-03-75</i>			
Adresse : <i>N-58, Rue 3, Rue YOUSRA, OULFA - CASA</i>			
Tél. : <i>061052135</i>	Total des frais engagés : <i>180 + 112,5</i>	Dhs	

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	<i>دكتور احمد امهاي</i>		
	<i>العام - السعيد</i>		
Cachet du médecin			
<i>Dr.Ahmed AMHAL</i>			
Médecine Générale -Echographie			
Tél. 05 22 61 18 81			
Date de consultation	<i>19 NOV. 2022</i>	Age:	<i>48</i>
Nom et prénom du malade	<i>KANBOU Nabil</i>		
Lien de parenté	<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b>	<input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b>	<input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>
Nature de la maladie	<i>Respiratoire</i>		
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 :** *18 NOV / 2022* **Le :** *18 NOV / 2022*  
**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	
8 AVR 2022	?	✓	15000	INP : 091009106 دكتور احمد امبال Dr. Ahmed AMBAL Médecine Générale - Echographie Tél: 05 22 61 16 81	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
PHARMACIE MARAM Dr DERI AZIZA 28 otissement Youssra, Le Maroc Zoubir CASABLANCA 28	28	210,50			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>		<b>Dents Traitées</b> <b>Nature des Soins</b> <b>Coefficient</b>	INP : <input type="text"/>																	
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																	
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																	
<p><b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">25533412</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
B																				
<p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>																				

Docteur Ahmed AMHAL

Médecine Générale

Diplômé en Echographie de la Fœtus

SIROP ADULTES

N°: 218 DMP/21/NRQ  
LOT: 22093 PER: 06/2025  
PPV: 31,50 DH



مدة أهال

PV 18 DH 00  
PER 04 / 25  
LOT L1426  
S1

ماك

أزيتري

مضاد حيوي

05.22.61.18.81

Casablanca, le :

28 NOV 2022

، في

LOT : 4128  
UT. AV : 10-23  
P.P.V : 63 DH 00

M<sup>r</sup> KANBOU Nabil.

31.50

SV

Dr. H. Lax Seche = Kinder  
100 + 31 = 131 (auf 1h)

63.00

SV

Macronut 1/2h;

1CP 1/2

PHARMACIE MARAH  
Dr. DERI AZZA  
Bâtissement Yousra, Lot 115  
Zaouiet CASABLANCA

18.00

SV

Delip 1/2h

100 + 31 = 131 (auf 1h)

98.00

SV

Extra i/v

Dr. Ahmed AMHAL  
Médecine Générale .Echographie  
Tél: 05 22 61 18 81

= 80.50