

## 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° W19-587155  
*244944*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricule : **8141**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **EL MABROUK TAOUFIQ**

Date de naissance : **14-09-1970**

Adresse : **RESIDENCE EL WAHDA BERRERA CND**

Tél. : **0600677243**

Total des frais engagés : **297,3 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **26 Decembre 2022**

Nom et prénom du malade : **EL MABROUK TAOUFIQ**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : **16**  
 Enfant

Nature de la maladie :

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 : **BERRECHID**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **07/10/2023**

VOLET ADHERENT



### 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
26 Decembre 2022	g / 1501115	INPE: 61112421		

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KARIMI LALLA ZINEB DÉTACHÉ DU PRESTATAIRE 2000	26/12/22	147,30

### 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
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

DENTAIRES	BENEFICES TRAITÉES	
DEBUT D'EXÉCUTION		
FIN D'EXÉCUTION		
COEFFICIENT DES TRAVAUX		
MONTANTS DES SOINS		
DATE DU DEVIS		
DATE DE L'EXÉCUTION		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION		

O.D.F  
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**Docteur Saïd MERJANE**

Médecine Générale

الدكتور سعيد مرجان

الطب العام

رقم 61 زنقة عمر ابن الخطاب

برشید - الهاتف : 05 22 33 71 56

61, Rue Omar Ibnou Al Khattab  
Berrechid - Tél.: 05 22 33 71 56

Berrechid le : 20/02/2011

le : 26 Dec 2022

## **ORDONNANCE**

LOT: 220874  
Dkuo: 12/2025  
69.00DH

1900  
LINEB  
POSTURE CHORD

MAROUK

SARAH

29,001

27

68.00

3

2 am x Sa Mf  
mit

PPV:10DH30  
PER:08/25  
LOT:L2788

**PHARMACIE 2000**  
Dr. KADIR ALLA ZITTEB  
Boulevard de la Mosquée 09000  
Belgisch  
Téléphone 33 33 00 01 65 24  
**1030 Y**

**PHARMACIE 2000**  
Dr. KADIR ALLA ZINEB  
22, Bd. Mokhtar Sétif - 16000  
Tél: 01 65 62 50

$$= 147,30$$