

## 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

- 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.

N° W21-768798

My  
medicam

247587

|  |                                       |                                  |  |
|--|---------------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie               | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input checked="" type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                 |                                       |                                  |  |
| Matricule : 13419                              | Société : RAM                         | adhib<br>arts                    |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif      | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |  |
| Nom & Prénom : Benajig Lemans                  |                                       |                                  |  |
| Date de naissance : 07/07/1993                 |                                       |                                  |  |
| Adresse : Tit. Nabil Lot. Bach. N° 20. APP. 02 |                                       |                                  |  |
| Tél. : 0668 875 675                            | Total des frais engagés : 1995 Dhs    |                                  |  |

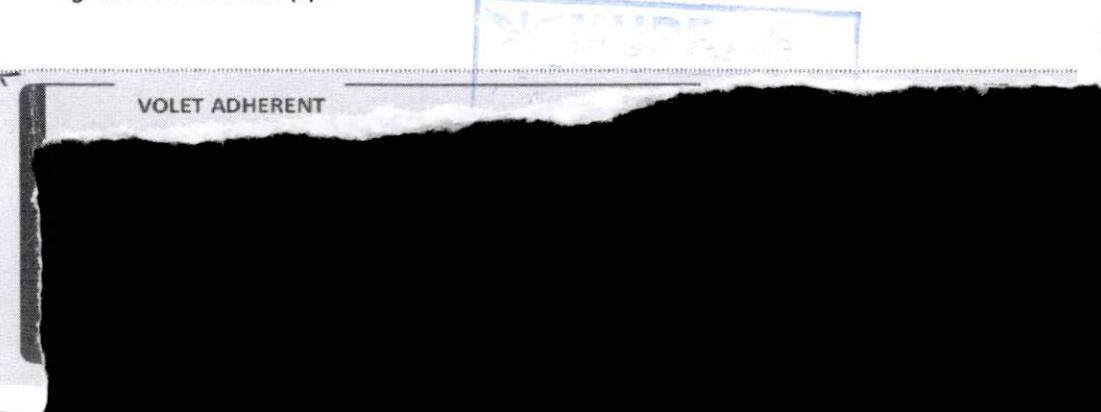
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

|   |   |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin  |   |
| Cachet du médecin :   | Dr. KHAYRAT Myriam<br>Pédiatre<br>Centre Bouskoura, Appt. N°4, 1er Etage<br>Inhalice Rachidi Tel: 0522 01 28 28           |
| Date de consultation :  |   |
| Nom et prénom du malade :   |   |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :  | Vaccination   |
| 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) :

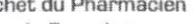


## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES |                  |                       |                                 |   |
|--------------------------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes                | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
| 10/11/2022                     |                  |                       | CG                              | INP : 091191440<br>Dr. KHAOUANI<br>Pédiatre<br>Centre Bouskoura, Apt. N° 103<br>Elie Rachidi Tel: 052201203 |
|                                |                  |                       |                                 |   |
|                                |                  |                       |                                 |   |
|                                |                  |                       |                                 |   |

A watermark-style logo is overlaid on the bottom right of the page. It contains the text "Centre Bouskoura, Dr. KHAYAT, Pédiatre, Hôpital Rachidi, Tel: 0522012328". The text is rotated diagonally and has a semi-transparent effect.

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <br>Pharmacie MARIA SARO<br>10-12-88<br>L'Isle sur la Sorgue<br>842233452 | 10-12-88 | 1225,00               |

INPE 092341433

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |      |                              |                        |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   |      |                              |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **VOLET ADHERENT**

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

| SOINS DENTAIRES                                   |          | Traitées  | Soins | COEFFICIENT DES TRAVAUX |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|---|----------|---|-------|-------------------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|
|   |          |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |          |   |       | MONTANTS DES SOINS      |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |          |   |       | DEBUT D'EXECUTION       |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |          |   |       | FIN D'EXECUTION         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                      |          | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |          | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>26533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |       |                         | H | G | 26533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |
| H   | G        |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 26533412  | 21433552 |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000  | 00000000 |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| D   | G        |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 00000000  | 00000000 |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| 35533411  | 11433553 |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
| B   |          |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |
|   |          | 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 |          |   |       |                         |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |

# Dr KHAYRAT Myriam

Pédiatre

## Spécialiste des maladies des enfants et des Nourrissons

# الدكتورة خيرلان مرعي

طبيبة أطفال  
اخصائية في أمراض  
الأطفال و الرضع

|                 |                      |                       |        |
|-----------------|----------------------|-----------------------|--------|
| Sur Rendez-vous | du lundi au Vendredi | من الاثنين إلى الجمعة | الموعد |
|                 | samedi               | السبت                 |        |



١٠|١٢|٢٠٢٢ ..... بوسكورة في

BENAIZ

Whelby

411,00

J. Hussain

260.00

2. Professor

860

3) · Diphren

48.40

9) Duplex

1/2 in a 3)



**Prevenar<sup>13</sup>**  
suspension injectable

**Prevenir 15** suspension injectable PPV : 760,00 DH



6 118001 171057

بوسکوره - إقامة الراشدي - رقم 4 - الطابق الأول - (أمام الدرك الملكي) - بوسکوره  
Centre Bouskoura - Résidence Rachidi - N°4 - 1er Étage - (en face de la Gendarmerie Royale) - Bouskoura  
Tél : +212 22 01 28 28 E-mail : Khayrat.mariam@gmail.com

Tél. : 05 22 01 28 28 - E-mail : Khayrat.myriam@gmail.com