

## 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° W21-777283

149911

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>13.18.1</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : <b>El Aloui Benchah Nizan</b>		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : <b>11/11/1994</b>			
Adresse :			
Tél. : <b>06 88 36 72 26</b> Total des frais engagés : <b>505,80</b> Dhs			
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;">                     تبليغ ملحوظ، خبير لدى التهامي                      طلاق، معاشر، معاشر محسنة                      مستشفى العيادة المساعدة                      (فقيه الحسيني، الدار البيضاء)                      ماروك - 022 90 77 88                      ماروك                 </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <b>20 DEC 2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>El Aloui Benchah Nizan</b> Age:			
Lien de parenté :		<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **Le 20/12/2022**

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
28 DEC 2021	C		200 DT	INP : 271069666 Date : 20/12/2021 Signature : [Redacted] [Redacted]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Route M's Thami Hay Aïcha Tél: 0522 90 21 67	20.12.22	30580

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

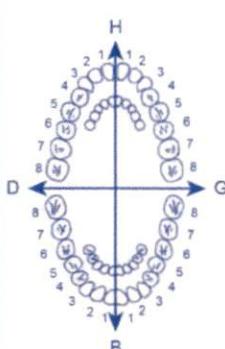
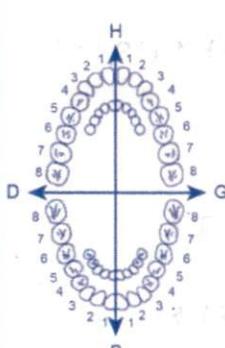
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### 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.

 <b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	<b>Coefficient des Travaux</b> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <b>DATE DU DEVIS</b> <b>DATE DE L'EXECUTION</b>
 <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>	<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>

Docteur Saïd GZOULI

الدكتور سعيد الكزوولي

Médecin Assermenté

طبيب مerval

Expert près les Tribunaux

خبير لدى المحاكم

ST EL IRZAGUI BENAYAD ARZAK

Casablanca, le : 20 DEC 2022 الدار البيضاء، في :

1. Rauqifheklo b7a8  
8280 s 4 x 2/7 avav
2. 99.00 Cibalak Tnadelen  
لبيك 60، طبيب مخالف خبير لدى المحاكم  
رقبة الرأس 110، العصب 90،  
مانيلا 90، زنجبيل 90  
18.0 x 3/7 avav
3. N4.00 b716  
Scaldast disa x 2/7 avav

PHARMACIE POLYCLINIQUE  
DR. TIR Abdellah  
60, Route Mly Thami - Hay Hassan  
Tél: 0522.90.21.00

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء

60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassan - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com

