

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
ASAS37			
Matricule :	9395	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	D.Y
NASSI HICHA			
Date de naissance :	13/11/67	Adresse :	
Télé. 0666351124		Total des frais engagés : 682,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
دكتور سعيد الشنوار طبيب مخلف، خبير لدى المعاشر طب طلاق مولاي الحسن 60، الدار البيضاء (قديم مستشفى الحسين) مانع عاصف، الهاتف: 290 92 56 20 AVR 2023	
Cachet du médecin :	Age:
Date de consultation :	20 AVR 2023
Nom et prénom du malade :	NASSI HICHA
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	H740
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 : 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/04/2023

## **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
20 AVR 2023			200 DA IPNE : 091059666	الدكتور [Signature] INP : [Redacted] يجب دفع المبلغ المذكور أعلاه - الدرارى ٩٧٦٦ - ٦٠ طبيب العيادة [Signature]

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLIC. DR. TIR ABOU ROUTE M.Y THOURIF TÉL: 522-4222	20/04/23	6182,70

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

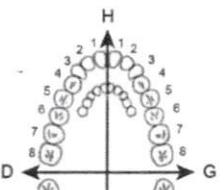
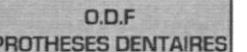
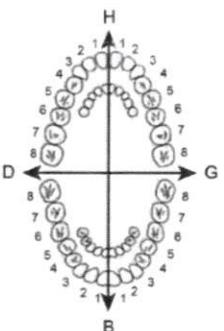
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....
.....						.....

## VOLET ADHERENT

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



## **DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**EFFICIENT  
DES TRAVAUX**

1

1

1

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

ANSWER

1

DATE DE  
L'EXECUTION

**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الكزولي**

طبيب محلف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : **20 AVR 2023** الدار البيضاء، في :

**M' Nassi Hicham**

**TIR PHi 300 mg**  
**482,70** 19/7

**PHARMACIE POLYCLINIQUE**  
**Dr. TIR A. M' Nassi Hicham**  
**58, Route Mly Thami 2101**  
**Tel: 0522.90.21.01**

**Traitement de**

**ستيد الكزولي**  
**خبير لدى المحاكم**  
**دكتور سعيد الكزولي ولي التهامي**  
**طبابة مازولا - العي الحسني**  
**الدار البيضاء - المغرب**  
**رقم الهاتف: 022.90.70.88**  
**هاتف: 0522.90.21.01**



60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - العي الحسني - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgza@gmail.com