

## 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**

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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° W21-694132

262945

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **10296**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**CHAKIKABDRRAHIM**

Date de naissance :

**1958**

Adresse :

**2 AWAT NAOUZIEN**

Tél. : **0638802234**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age:

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 : / /

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
08/05/2022	C	5		INP : 062025911 Centre de Santé Modèle Spécialiste en Santé Générale 85, L'Assessment de la Santé Générale

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP : 062025911	05/05/2022	924,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

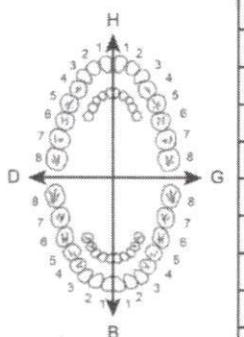
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

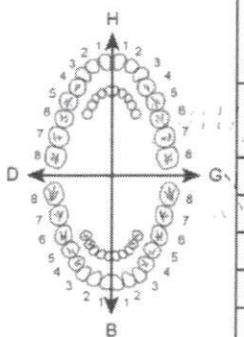
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

مركز أمراض اللثني و تصفية الدم لولادة حريز

CENTRE DE NEPHROLOGIE HEMODIALYSE OULED HRIZ

**Dr. Amal AYAD**  
Spécialiste en Néphrologie  
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد  
اختصاصية في أمراض الكلى  
وتصفية الدم

Berrechid Le :

08/05/2023

CHARIK ASDE RAHİM  
152150X2 AS

*Planus* Solost

ASDE RAHIM

154130

2) S-Citap (g) 4

316,00

3) Plowid 75g sp

149,00 (x)

10g

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Plavix 75 mg, cp pel b 28  
**P.V.P. : 316,00 DH**  
  
 6 118001 081257

6 118001 081257

تحزنة أولاد حرنز، رقم 85 - برشيد / Lotissement Ouled Hriz N° 85 - Berrechid

Tél : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43 - E-mail : amalayad@hotmail.fr

Lot N°: 066R039A  
FAB: 11/2021  
EXP: 11/2023

PPV 149DH00

DUOJENA 100 mcg  
Flacon de 200 doses  
Suspension pour  
pulvérisation nasale



6 118001 250127

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaa Casablanca  
Lantus Solostar 1000U/ml inj

b1 Sy 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaa Casablanca  
Lantus Solostar 1000U/ml inj

b1 Sy 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

S-CITAP® 10 mg

30 Comprimés pelliculés



6 118001 151363

LOT N° 10373  
PERIODE 2022  
PPV : 154 DH 30