

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9728	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : DOUNIACHI Nabiha			
Date de naissance :	01-04-68		
Adresse :	habitatella		
Tél. :	0634604755	Total des frais engagés :	527.90 Dhs

Autorisation CNDP N° : AR-215/2019	Cadre réservé au Médecin
<p style="text-align: center;"><b>دكتور سعد الشروان</b>  <b>طبيب ملحق، خبير لدى المحافظة، 60، طبيب ملاوي النساء، قرب مستشفى الحرث الحسني، ماروكو، الحسيمة، 10000، إجازة 1990/1991، رقم 1122901148.</b></p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade :</p> <p>Lien de parenté :</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>	
<p style="text-align: right;">Age: _____</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Lui-même    <input type="checkbox"/> Conjoint    <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p><i>dy/10/2023</i></p> <p><i>NFATTAH MLOUDI</i></p> <p><i>Blida 28/10/2023</i></p> <p><i>B ACCUEIL KHM</i></p>	

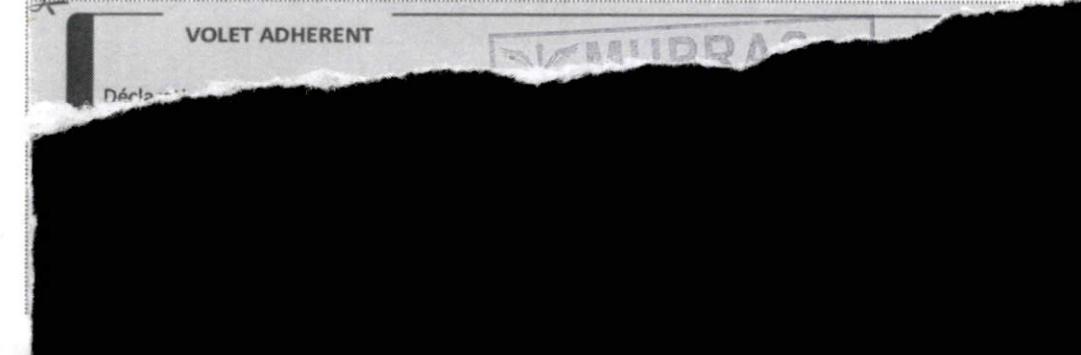
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 24.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

*Cy*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin الكتابه و المصادقه جواز الدفع
٢٠١٩ / ١٢ / ٢٣	C		200 دينار	طبب محاضر اختبار لد العاجي INF فرع طرابلس - مصلحة التبغ IPNE - 091069866 مارولا - الحسيني - ميدان المطرانيون ٢٠١٩ / ١٢ / ٢٦ ٥٧٦ ٩٢٣ ٩٠٧٠ ٩٩ . الحادي

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE S. TIR Abdelaziz 3, Route Mithaq Tél: 05 22 90 11 11	24-10-23	327.90

# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/> <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	G	00000000	H	11433553	B	35533411		
	H	25533412	G		21433552															
	D	00000000	B		00000000															
	G	00000000	H		11433553															
	B	35533411																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b>																				
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté

Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الكزولي

طبيب محلـف

MS90 Casablanca, le : 24-10-2023 الدار البيضاء، في

Ecoclastics

87.50

rag

x 24hc

Lot N° : 22042  
Exp : 05/25  
PPV : 1150DH/30

Lot N° : 23004  
Exp : 01/26  
PPV :

LOT : M23033  
EXP : JAN 2026  
PPV : 45,50 DH

LOT : M0770  
EXP : MAI 2025  
PPV : 19,30 DH

2. Cd tafl deu  
46.50 rag

3. Otavirus  
19.50 rag

4. Frelon  
59.80 rag

327.90

59,30



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 Hassani - Casablanca

Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drglsa@gmail.com - INPE : 091069666 - IF : 51469500