

# 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.

M23-014536

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1771**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL MOUTARAJI AIT MED**

**A96588**

Date de naissance : **01-01-1949**

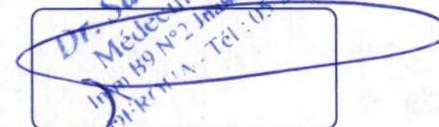
Adresse : **village eleronia BLOC A N° 34 eleronia**

Tél. **0666031361**

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **08 Fevr. 2024**

Nom et prénom du malade : **AZIZA FATIMA** Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : **Suite AZIZ + Colopathie 2024**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : **DTZ**

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 : **1 Fév 2024**

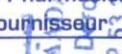
Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Le : **08 Fevr 2024**

## 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
8 Fevr 2024			1150,00 F	INPEX Médecin num by AD N-ROTA - Tel : 05 22 22 22 22

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/02/24	211.80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**Dr. Sanaa MHARZI**

Médecine Générale

Diplômée de la Faculté  
de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplôme Universitaire en Diabétologie

Diplôme Universitaire de Nutrition  
et Thérapeutiques Métaboliques

Suivi de Grossesse

ECHOGRAPHIE



الدكتورة سناه محرزي

الطب العام

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في أمراض السكري

دبلوم جامعي في التغذية و أمراض الأيض

متابعة الحمل

الفحص بالصدى

*Sanaa MHARZI*

Date: 08.FEV.2024

Dr. Sanaa Mharzi  
Médecin Généraliste  
Nutritionniste  
0522514649

A2iz

femme

**S.V**

1<sup>er</sup> E80c 20 mg ,

46.00

1 gel 1 جل مرضي

**S.V**

Anti - Spy 200 ,

40.00

**S.V** 1G

Trimedet sachet sans sucre

x 21

**S.V**

Kolmogez sucre

x 25 قرطاف

79.90

x 2

LOT : 5105  
PER : 06-28  
P.P.V : 45 DH90

LOT:230270  
PER:03/2026  
PPC:79,90DH

T = 211.80

*Dr. Sanaa MHARZI  
Médecin Généraliste  
Nutritionniste  
0522514649*

عمارة B9 الشقة رقم 2 جنان الدروة دار السعادة الدروة  
Imm B9 Appt N°2 Jnane Deroua Dar Saada Deroua.  
Tél.: 05 22 51 46 49 - Mail: Dr.mharzisanaa@gmail.com