

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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° W19-418120

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **5796** Société : **RAM**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **HASSANI Ali**

Date de naissance : **1953**

Adresse : **LOT ELWALIDA 8em 11 N° 8 DEROUA**

Tél. **0668039717** Total des frais engagés : **308,10** Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Abdeljalil NAAMANI**  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE  
Bloc "Q" N° 12 - Deroua  
Tél: 05 22 53 28 25

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01 JUIN 2019**

Nom et prénom du malade : **MA SINAWE Ali** Age: **66**

Lien de parenté :  Lui-même  Copain  Enfant

Nature de la maladie : **hypo**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : **10 JUIN 2019**

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 : **AL JUEIL** Le : **10 JUIN 2019**

Signature de l'adhérent(e) : **AL JUEIL**

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
01 JUIN 2019	ce	1	100,00	INP : INPE061207775 Dr. Abdeljaïd NAAMANI Médecin Généraliste ECHCI Bloc "Q" 1 Tél. 05 22 53 28 25

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DEROUET ALMAJAN	01/06/19	308,12

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	

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"/>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>		
		FIN D'EXECUTION <input type="text"/>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

## Abdeljalil Naamane

## Docteur en Médecine

Echographie  
Bloc Q N° 12 - Deroua  
Tél.: 05 22 53 28 25  
Visite à Domicile

عبد الجليل نعمان

دكتور في الطب

## الفحص بالصدى

الدروة رقم 12 - ك بلوك

الهاتف: 0522532825

## زيارة في المنزل

## ORDONNANCE

01 JUIN 2019

الدروة في : ..... Deroua, le : .....

1/2 MASSAGE. ALSO  
145.00

→ Taranic way!  
→ The road

83.00

56.30 *Velutina* 3' m 0

48,000  $\sum x^2$  108

→ ~~330s~~ ~~AF~~ ~~V~~ ~~en~~ ~~co~~ ~~l~~

→ Indonesia Negele St Dr. A. M.

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Tavanic 500mg x 30 comprimés  
 P.P.V : 145,00 DH  
  
 6 118001 080670

ADULI  
LOT:491  
PER:10/21  
PPV:23.90DH

6 118001 03038

**VOLTARENÉ® 75 mg/3 ml**  
Solution injectable Boîte de 5.  
**PPV: 56,30 DH 46117135 MA**

ctor 5  
fill

PER.03/2020  
LÖT:7MA059  
INTETRIX GELULE NF  
B20  
P.P.V:33DH90

6 118000 010852

Geographie

CHOGN  
"Q" N° 12 - Dels  
05 22 53 28 25

1: 05 2