

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **9889**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**BENAMAR YASSIR**

Date de naissance :

**29/07/73**

Adresse :

**RES FATINE API 9 RUE AHMED CHARCI CASA**

Tél. : **0661162001**

Total des frais engagés : **410,70 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

**DR. ANSAR Abdelkerim**

Médecine Générale  
lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza  
tel 0522 290 862 - INPE: 121011530

Cachet du médecin :

Date de consultation : **28/03/2024**

Nom et prénom du malade : **ASSAR BANCI MEDDEK**

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Assacéé**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

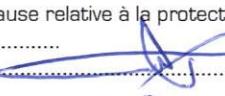
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **CASA**

Le : **24/04/2024**

Signature de l'adhérent(e) : 

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

W21-833903

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **9889**  
Nom de l'adhérent(e) : **BENAMAR**  
Total des frais engagés : **410,70**  
Date de dépôt :

## **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
28.3.24	c	1	1000,- DHT	Dr. ANSAR Abdellatif Médecine Générale 21-28 Littoral 1 Dar Bouazza 2290862 - INPE 12101530

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE 092099639	28/03/2024	210,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

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

## 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.

**Docteur Ansar Abdelkerim**

Ex. Médecin Chef de Zaouia Ech Cheikh

**MEDECINE GENERALE**

Expert au près les Tribunaux  
R.D.C Lot. Littoral II - Dar Bouazza  
Tél. / Fax : 0522 29 08 62

**الدكتور أنسار عبد الكريم**  
الطبيب الرئيسي لزاوية الشيخ سابقا  
**الطب العام**

خبير محلل لدى المحاكم  
رقم 28، الساحل || داربوعزة  
الهاتف والفاكس: 0522 29 08 62

Dar Bouazza, le : 28 . 3 . 2014 داربوعزة في:

*Assasbanz Menyom*

6x 20,60

① IStac que 100

87,10 lq le root x

② Rosep 0,75 creme

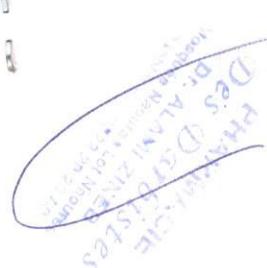
half Lg x

un Jp

③ 3 mois

210,70

Dr. ANSAR Abdelkerim  
Médecine Générale  
lot 28 Littoral 2 Dar Bouazza  
Tél 0522 290.862 - INPE: 121011530



PPV :

20,60

LOT :

PER :

PER :

LOT :

PPV :

20,60

PPV :

22,00

LOT :

PER :

PER :

LOT :

PPV :

20,60

PPV :

20,60

LOT :

PER :

PER :

LOT :

PPV :

22,00

**ROZEX 0,75 %**

Gel pour application cutanée tube de 30 g

AMM N°90 DMP/21/NRQ

PPV: 87,10 DH

Distribué par SOTHEMA

B.P N° 1, 27182 Bouskoura-Maroc

6 118001 070510

Lot:

Exp.:

3079205

01/2026