

## 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 à caractère personnel.

N° W19-494124

MS = 21943

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2264 Société : f Am.

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : Youssfi B El IDRISSI

Date de naissance : 02/01/1989

Adresse : Hay Tarmith Rue 6 mille

Sin Chok Casab

Tél. : 0665 78 88 58 Total des frais engagés : 261 410 Dhs

### Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 13/01/2020

Nom et prénom du malade : Youssfi B El IDRISI

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint

Nature de la maladie : HTA +

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.

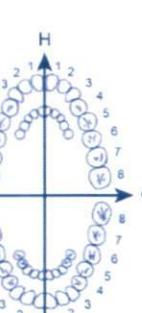
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 05/01/2020

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	
13/01/2013	C	1	1500	0910005133 Docteur Mohamed AATIK Médecin à l'ordre Néurologue Expert assurément Tél: 0521 70 45 51 ou 84 78	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
	13/1/2013	1114,15			
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																												
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>Nature des Soins</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>Coefficient</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>INP :</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>											
		H	25533412	21433552																																								
		D	00000000	00000000																																								
		B	35533411	11433553																																								
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				<b>DATE DU DEVIS</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																								
<b>ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																																												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																																												

**Docteur Mohamed AATIK**

الشافى هو الله

الدكتور محمد عزيز

Doctorat en Médecine  
Médecine Générale  
Diplômé en médecine du sport  
Nutrition - Diététique sportive  
Médecine Naturelle  
Diplômé en Expertise médicale et  
Réparation Juridique de Dommage Corporel  
**Assermenté auprès des Tribunaux**



PPV: 116DH00  
PER: 04-22  
LOT: I 1068

Гранит  
№ 1021881

八六、

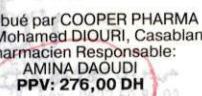
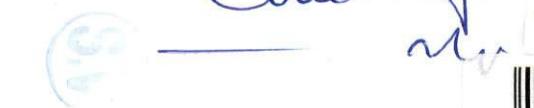
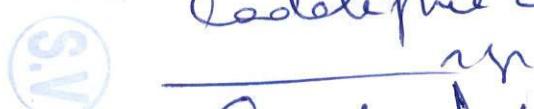
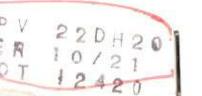
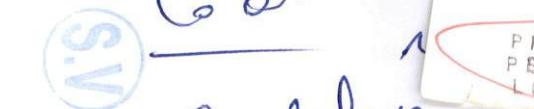
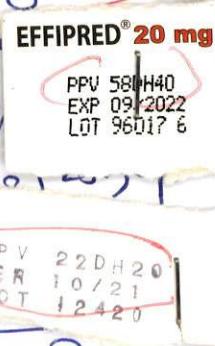
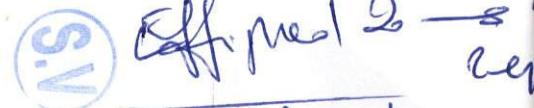
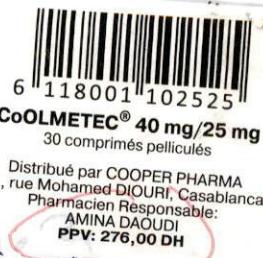
53.45

$2\pi k_{\text{B}} \ln \alpha$

22.2

29.5°

111 4, 15



لف المباشر : 0612068478 - الفاكس : 0522508403  
Hay My Abdellah Bd. Al Khalil Rue 132 N°6 - Aï