

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.



# Declaration de Maladie

N° W19-445975  
couilles

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire <b>(22 885)</b>	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 06650			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ROYAL AIR MAROC
Nom & Prénom : BELKHIR KARIMA			
Date de naissance : 03/06/1953			
Adresse : 422 Asifa Marrakech			
Tél. : 06 11 69 90 35		Total des frais engagés : 336,40 MAD	

Cadre réservé au Médecin			
DT. ZENJARI Afifa Médecine Générale Diabétologue 279, Rue Djajana Assif B Cité Mehmmadia Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/12/2019			
Nom et prénom du malade : BELKHIR Karim			
Age:.....			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Bon état			
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'at: médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : Marrakech Le : 16/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-445975	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : 06650	BELKHIR
Nom de l'adhérent(e) : BELKHIR	
Total des frais engagés : 336,40	

### 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
11/12/13	C	1	100 DH	INP : 071141378 DR. ZENJARIA Aafifa Médecine Générale Diabétologue 279, Rue Salam Al-Saleh Cité Mohammadia Marrakech - Tel : 05 24 30 66 72 N° 283 Lotissement Ben Youssef DR. LEGHZAR Raja PHARMACIE BENNO

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. LEGHZAR Raja PHARMACIE BENNO	11/12/2013	236,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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

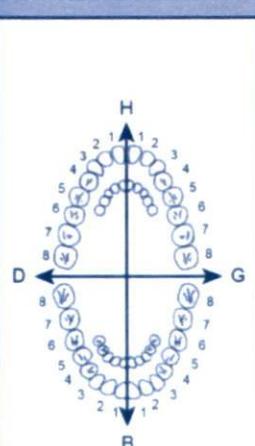
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

ZENJARI Afifa

Médecine Générale

279, Rue Abi Dajana Assif (B)

Cité Mohammadia - Marrakech

Tél. : C/D : 05 24 30 66 72

Diabetologue

الدكتورة الزنجاري عفيفة

الطب العام

279، زنقة أبي دجانة

أسيف (ب) الحبي المحمدى مراكش

الهاتف: مكتب / منزل : 05 24 30 66 72

اختصاصية في أمراض السكري

Marrakech, le :

1h-12-13

مراكش. في:

$$A = \beta \epsilon L K + I R - K_{\text{loss}}$$

$$\begin{aligned}
 & 1 - \frac{2 \text{ mmol} + 2 \text{ g}}{1 \text{ L} + 2 \text{ g}} \times 100 \quad \text{مكرو} \\
 & 2 - \frac{\text{Eff. lipid} + 2 \text{ g}}{2 \text{ g}} \times 100 \quad \text{مكرو} \\
 & 3 - \frac{\text{Lipid}}{1 \text{ L} + 2 \text{ g}} \times 100 \quad \text{مكرو} \\
 & \hline
 & 36,40 \quad \text{مكرو}
 \end{aligned}$$

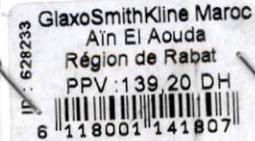
مراكش - Tel : 05 24 30 25 82  
 N° 283 Lotissement Bel Bakar 2  
 DR. LEGHZAR Rafia  
 PHARMACIE BENNOUNA

Dr. ZENJARI Afifa

Médecine Générale

Diabetologue

279, Rue Dajana Assif B Cité Mohammadia  
Marrakech - Tél : 05 24 30 66 72



38,80

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

EFFIPRED® 20 mg

PPV 56CH40  
EXP 01/2022  
LOT 8D014 1