

## RÉCOMMANDATIONS 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.

N° W19-485256

40218

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>11807</u>	Société : <u>R.A.M.</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>Elomari Jihane</u>			
Date de naissance : <u>29/02/75</u>			
Adresse : <u>81400 TANHAZ TALCA MAROC</u>			
Tél. : <u>066 142 33 55</u>	Total des frais engagés : <u>624 Dhs</u>		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>18 SEP. 2020</u>			
Date de consultation : <u>19/08/2020</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Elomari Jihane</u> Age : <u>45 ans</u>			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Cui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>infection covid-19</u>			
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 : Demande

Le : 19/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : Elomari Jihane

Q.N

## 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
19/08/2020			60000	07/08/2020 DR. OMAR JINANE Médecin

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Pionneur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Belkziz Hay Bahja Marrakech. Tel: 05 24 49 2946 Tél: 05 24 49 2946 Fax: 05 24 49 2946 N°: 00195741	13/08/2020	484,10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

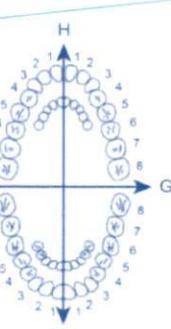
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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"/>	
	ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H		
		$  \begin{array}{r}  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  \end{array}  \text{B} \qquad \text{G}  $			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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					

Le 19/08/2020

Imane Elomari.

79,70  
x 3

④ - zithromax ~~IS~~ 500 (3 boites)

1cp 15 pdt 9 J.

96,00

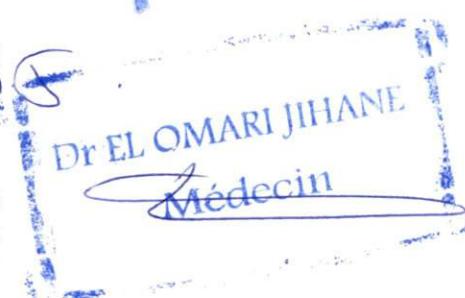
② - Vino zinc ~~IS~~

85,-0,-

1cp 15

③ - Bero cca ~~IS~~

424,10



محلية بلقزير  
Pharmacie BELKIZZ CHRAIBI  
Dr khadija BELKIZZ CHRAIBI  
5 Hay Bahia Marrakech - Tel: 05 24 49 21 04  
RC 53946 - Patente 4620789  
IF 61610200

Pfizer

# زিথرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.:

01/2021

2021

P.P.V.

79 70

LOT N°:

1280227

79,70

09366030/4



# زিথرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0002021 P.P.V. 79,70  
LOT N° : 1280227 79,70

09366030/4

Pfizer

# زিথرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV.:

01/2021

2021

P.P.V.

79 70

LOT N°:

1280227

79,70

09366030/4

PPC: 89,00 DH  
LOT: CB00090  
EXP: 02/2023



**Berocca**®

20 Comprimés effervescents

VinoZinc®  
Gelules

96.00 DH  
P : 08/23  
L2545