

## 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 des données à caractère personnel.

N° W19-451588

ND: 45809

|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie     | <input type="checkbox"/> Dentaire            | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                  |  |                                  |                                 |
| Matricule : <b>13186</b>                        | Société : <b>RAN</b>                         |                                  |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif       | <input type="checkbox"/> Pensionné(e)        | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : <b>EL OUAHDANI Mohamed Amine</b> |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : <b>05/11/1981</b>           |  |                                  |                                 |
| Adresse : <b>9927 Lot AL Mufaq, Témara</b>      |  |                                  |                                 |
| Tél. : <b>06 76 11 35 92</b>                    | Total des frais engagés : <b>1084,90 DHS</b> |                                  |                                 |

|  |  |
|--|--|
| Cadre réservé au Médecin   |  |
| Cachet du médecin :  |  |
| Date de consultation : <b>26/08/2020</b>   |  |
| Nom et prénom du malade : <b>EL OUAHDANI MOHAMED AMINE</b>   |  |
| Lien de parenté :  | <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie :   |  |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances   |  |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle. |  |

*Dr. M. OUAHDANI  
Pédiatre  
Lot. Al Mufaq, N° 3124, Témara  
APHA 3 Témara - Tel: 05 22 20 45 45*

*ACCUEIL  
EL OUAHDANI MUPRAS  
U2 OCT 2020  
accusé*

*ACCUEIL SIEGE RAM*

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 : **TEMARA**      Le : **26/08/2020**  
 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26-08-2020      |                   |                       | 250                             | INP : 110110661 (PD)   |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                 | Date    | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| PHARMACIE ATTADIAH - 102012184<br>Attaidaoui, Hammam<br>05.97.01.06.01 | 26.8.20 | 834,90                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

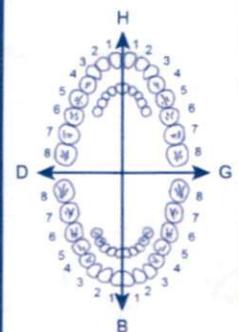
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

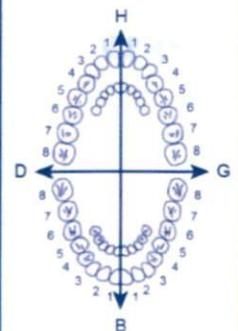
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fadila MORJANE

PÉDIATRE

Néonatalogie et réanimation néonatale

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ex Médecin résidente à l'hôpital d'enfants de Rabat



الدكتورة فاضلة مرجان

اختصاصية في امراض الاطفال والرضع وحديثي الولادة

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة مقيدة سابقا بمستشفى الاطفال بالرباط

Témara le, ..... 26 - 08 - 2020

El Ouahdani Yahya

814,00

① - Prevenar.

20,90

② - Oit D<sub>3</sub> B

200000U1

834,90

③ - 1/2 sup  
seringue 2,5 ml.

PHARMACIE ATTADAMOUNE  
Dr. LADRHAM Mounia  
Projet Attadamoune, Imm. B1  
Mag. N° 1, Al Wifak - Témara  
Tél: 05 37 61 06 62  
INPE: 102012184

PREVENAR 13 SUSP INJ  
P.P.V : 814DH00

6 118001 1171057

Laboratoires  
Primer S.A.

ZENITH Pharma  
ANM N° 171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

Dr. Morjane Fadila  
Pédiatre  
1er étage  
102012184  
App. 3 Témara - 3124  
06 61 29 00 67

شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.  
Appt 3 (1<sup>er</sup> étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.

โทรศัพท์ 06 61 29 00 67. | 05 37 62 75 75. | docteurmorjane@gmail.com