

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-591239

ND: 48979

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>12692</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <u>Boulam SAAD</u>	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Boulam SAAD</u>			
Date de naissance : <u>17/06/1987</u>			
Adresse : <u>N°42 Hay Raghba Arzaki sect 5, ROMALA</u>			
Tél. : <u>066 9165948</u>	Total des frais engagés : <u>1034,00</u>	Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <u>25/11/2020</u>  <u>Boulam Khatib</u> <u>26 NOV. 2020</u> <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <u>Jacan</u>	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
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 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 planca

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 26/11/2020

### 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
28/11/2020	CS	1	300 Dhs	INP : 10011679016 

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE L'AVENIR Bennhaïm Epouse KABLI Docteur en Pharmacie 23, M3. AV. El Malak CYMA - Rabat Tél : 0537 78 88 71 INPE : 102012242	28/11/2020	734,00 Dhs

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

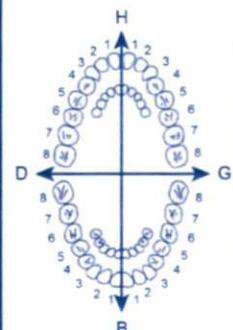
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

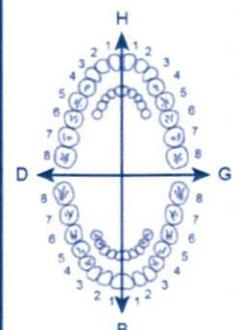
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



Docteur Siham MIKOU

Pédiatre

الدكتورة سهام ميكو  
اختصاصية في طب الأطفال

العيادة الطبية النخيل  
Cabinet Médical Annakhil

الرباط، في ..... Rabat, le 25/11/2020.....

BOULAM KHADIJA

- BBM* • Menactra
- D3norm  
10 gouttes par jour pendant 3 mois

PHARMACIE L'ASSAINIR  
Boubaïd El Moudi  
Docteur en Pharmacie  
23, M3.AV. EL Moudi  
Tel: 0537 56 35 24  
INCI : 100% VITAMINE E

**Composition of Active Substance**  
of each polysaccharide per serogroup:  
approximately 48 mcg diphtheria  
information for additional details.  
**List of Excipients:** Sodium chloride,  
anhydrous, and sodium phosphate.  
The vaccine contains no preservatives.  
Material should be disposed of in  
**DO NOT FREEZE.** Store in a refrigerator.  
Keep out of reach of children.  
GTIN: 03664709008999

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1,  
Al sebaâ Casablanca  
MENACTRA 0.5 ML SOL  
INJ 1FL

PPV : 734,00 DH



4، زنقة البرغمومت، بلوك ن، قطاع 17، حي الشماموت، Bloc N, Secteur 17, Hay Riad – Rabat  
Email : dr.siham.mikou@gmail.com – Tél. : +(212) 537 56 35 24 | الهاتف : +(212) 537 56 35 24