

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



02 133577
Déclaration de Maladie : N° P19- 0016100

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8080 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : SAHMAOUI JAMIL Date de naissance : 1962

Adresse : TISSAL 2 Rue 2 n° 45 BORD BOU

Tel. : 06 1934 1808 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07/9/2022

Nom et prénom du malade : SAHMAOUI DARRAGH Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALZHEIMER

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 : DEKEDJ Le : 14/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

07/9/22	C ₁	150.0	
14/9/22	C ₁		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
---	------	-----------------------

07/09/22	198,00
14/09/22	1007,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

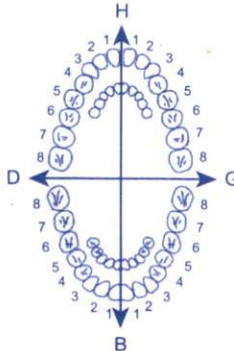
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
------------------------------	--	--

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE	
------------------------------	---	--

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<div>DATE DU</div> <div>DEVIS</div>	
--	-------------------------------------	--

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le

14-09-2014

برشيد

Schmaoui Dounes

102,00 x 2

10300 plus

(S.V)

1/2 x 2/8

803.00

plus 1/28

2) Pyle → (S.V)

1007,00

(S.V)

2/8 x 4/8

Pharmacie ALATIQ
1.3.9 Rue Ibn Abou Mad
- BERRACHID -
Tél: 05 22 32 44 55

41, زنفة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة موني تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 07-09-2022

Sahmar Doune

102,00

1) 0201 plus

7

1/1 a 2/8

21.40

2) prokinen

7

1/1 a 2/8

28.20

3) Sulpidal

7

1/1 a 2/8

45.90

4) tramadol

7

1/1 a 2/8

198.00

06 76 45 48 49 - المحمول : 05 22 32 44 55 - الهاتف : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

LOT:220201
PER:04/2027
PPV:102.00 DH

Ozil plus[®] 20 mg

Oméprazole

28 Gélules



6 118000 331254

21,90

Prokinin[®] 5 mg/ 5ml

Suspension Buvable



6 118000 330417



Sulpidal[®] 50 mg
20 gélules

Trimedat[®] 150 mg Granulés pour
suspension buvable, 20 sachets



6 118000 094319

PPV
LOT
PER

28,20

LOT : 6700
UT. AV : 01-27
P.P.V : 45 DH 90



GTIN 05016007207996

LOT : 226531A

MFG : 10 2021

EXP : 09 2024

SN : 669576949818

LOT:220201
PER:04/2027
PPV:102.00 DH

Ozil plus[®] 20 mg

Oméprazole

28 Gélules



6 118000 331254

PYLERA[®] gélules

Boîte de 1 flacon de 120.

AMM N°281 DMP / 21 / NNP

PPV : 803,00 DH

Titulaire de l'AMM / Distributeur :
SOTHEMA, B.P. N° 127400, Bousskora, MAROC



6 118001 072262

LOT:220202
PER:04/2027
PPV:102.00 DH

Ozil plus[®] 20 mg

Oméprazole

28 Gélules



6 118000 331254

Pharmacie ALAFAQ

1.3.5 Rue Ila Abou Madi
- BERRECHID -

Tél: 05 22 53 64 01