

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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 : BSM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHMAoui JAMIL

Date de naissance : 19.62

Adresse : TISGIL 2 Rue 2

Tel. : 02/06 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 Damed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Sahla Damed

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 : Rabat

Le : 14/10/2022

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
07/09/22	G	150,00		
14/09/22	G			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALFAO 135 Rue Iba Abou Mad BERRECHID TEL: 03 22 33 64 64	07/09/22	198,00
Pharmacie ALFAO 135 Rue Iba Abou Mad BERRECHID TEL: 03 22 33 64 64	14/09/22	1007,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

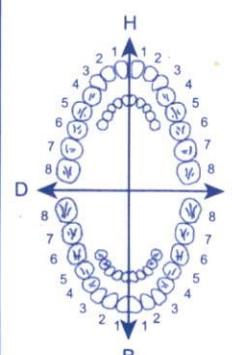
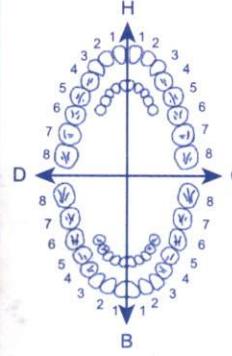
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	B	<input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>
				<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			<input type="text"/>

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

Berrachid, le ١٤ - ٠٩ - ٢٠٢٢

Sahmawi Dunes

102,00 x 2
102,00 x 2
S.V. oil plus
oil x 2/8
oil
Jones 14/8 begin
803.00
P.S. Cen

803.00

2) Pyle's S.V
38 x 4
100 f. 00.

41، زنقة 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 مونا تاميم

الطب العام
الفحص بالصلب
طب الشغل
حاصلة على الدبلوم
من جامعة "رين" بفرنسا
INPE : 061173340

Berrachid, le 07-09-2002 برشيد، في

Sahmawi Dounis

102,00 دينار
1) سولفافيل ٥٣٦ مل a ٢٧
پرس ١٨٦ لغافن
21.90

2) دوكينيز
٣) سولفيت ٣٦ مل a ٢٧
برشيد

28.20

45.90.

198.00 ٤) فانيليك
١٩٨ دينار a ٢٧

رقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49
41, Rue Tarig Ibnou Ziad 1er étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

Pharmacie AL FAJAR
1-3-5 Rue Ibra Abou Ihad
BERRACHID -
Tél: 0522 32 44 55

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

Ozil plus® 20 mg
Oméprazole
28 Gélules

6 118000 331254

Prokinin® 5 mg/ 5ml
Suspension Buvable

6 118000 330417

SULPITAL® 50 mg
20 gélules

6 118000 180609

Trimedat® 150 mg Granulés pour suspension buvable, 20 sachets

6 118000 094319

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

PPV
LOT
PER

28,20

GTIN 05016007207996
LOT 226531A
MFG 10 2021
EXP 09 2024

SN 669576949818

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° 12100 Bouskoura, MAROC

6 118001 072262

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

Ozil plus® 20 mg
Oméprazole
28 Gélules

6 118000 331254

ER:04/2027
V:102,00 DH

Ozil plus® 20 mg
Oméprazole
28 Gélules

6 118000 331254

Pharmacie ALAFAQ
135 Rue Ila Abou Madi
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01