

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.

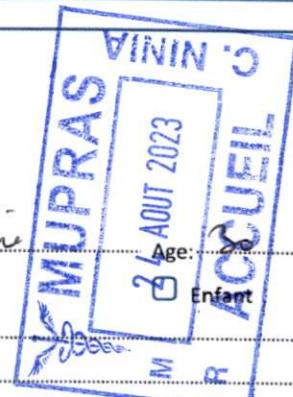
N° W21-802065

272562

<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>13186</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>El OUADANT Nchamet Amine</u>			
Date de naissance : <u>05/11/1981</u>			
Adresse : <u>Ville n° 181 lot El NANSOUR Melis</u>			
Tél. : <u>06 76 16 35 82</u>	Total des frais engagés : <u>18870,00 Dhs</u>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
 Dr. Nchamet Amine El Ouadant	
Date de consultation : <u>14/06/2023</u>	Nom et prénom du malade : <u>El OUADANT Nchamet Amine</u>
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <u>SIP</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 : Elouadant **Le :** 26/06/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
14/06/2013	(S)	(6)		INP : 1111111111111111 Dr Hanan KAR Professeur de Chirurgien Supérieur Rhumatologue CHU Hassan II Casablanca INP : 10004803

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ATTADMOUINE Dr. LADRHAM Mounia Projet Attadmooune Imm. BT Mag. N° 1, Al Wifak - Témara Tel: 05 37 81 06 62 INPE : 102012184	14/06/2013	18.870,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

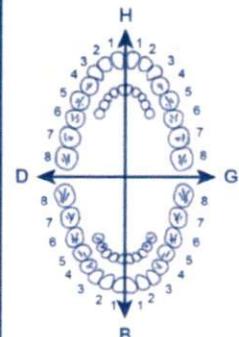
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

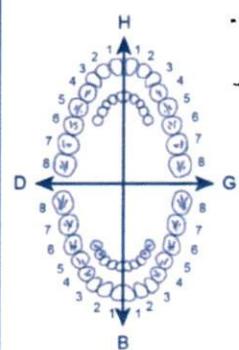
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

Royaume du Maroc
Ministère de la santé
et de la Protection sociale
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina



المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الإستشفائي الجلعي ابن سينا

Hôpital Al Ayachi

مستشفى العياشي
Salé le : 14/06/2023

ORDONNANCE

EL OLIAH DANI NOHAMED AMINE

6290,00

X HUMIRA 40 mg -

1 ml ac 1 fois / 15 jours.

18870,00 QSP 03 mois .

Soit 03 boîtes.

CHUS INP 1020121803
L'Enseignement Supérieur
Professeur Mounia
Dr Hédi RAKA
Centre Ibn Sina

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

Pharmacie Attadamoun
secteur al wifaq
tel : 0537610662
Patente n° 26966000
IF : 91279028
CNSS : 136735630

NPIE : 102012184
Tel : 06 37 61 06 62
Mag. N° 1, Al Wifak - Temara
Projet Attadamoun, lmm. B1
DU LADRHAM Mounia
PHARMACIE AL ATTADAMOUN

Temara, le 14/06/2023

Monsieur El Ouahdani Mohamed Amine

Facture n° 21

Quantité	désignation	prix unitaire	Total
3	Humira 40mg/2serin G	6290.00	18870.00 Dh TTC
Total			18870.00 Dh TTC

Arrêtée la présente facture à la somme de dix-huit mille huit cent soixante-dix dirhams

PHARMACIE AL ATTADAMOUN
Proj. Attadamoun, lmm. B1
Mag. N° 1, Al Wifak - Temara
Tel : 06 37 61 06 62
NPIE : 102012184

HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

Adalimumab

Lot N°:

45313 XH05

08/2024

EXP:

Maphar
Bd Alklimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca

Humira 40mg/0,8ml b2 spr

P.P.V : 6290,00 DH

E
mv
119001 ||| 183982|||

HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

Adalimumab

Lot N°:

45313 XH05

08/2024

EXP:

Maphar
Bd Alklimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca

Humira 40mg/0,8ml b2 spr

P.P.V : 6290,00 DH

E
mv
119001 ||| 183982|||

HUMIRA® 40 mg

Solution injectable en seringue préremplie

Adalimumab

Lot N°:

45313 XH05

08/2024

EXP:

Maphar
Bd Alklimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca

Humira 40mg/0,8ml b2 spr

P.P.V : 6290,00 DH

E
mv
119001 ||| 183982|||