

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.

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



Déclaration de Maladie

M23-012949

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10597 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NAOURI ABDELLOUEJID

Date de naissance : 04-05-1953

Adresse : 48, RUE LA GARE LOT LAADIRI BERRECHID

Tél : 0678519383 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

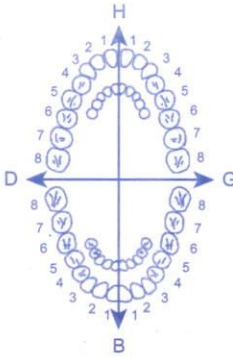
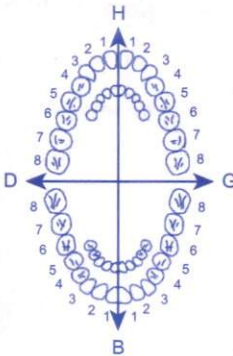
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

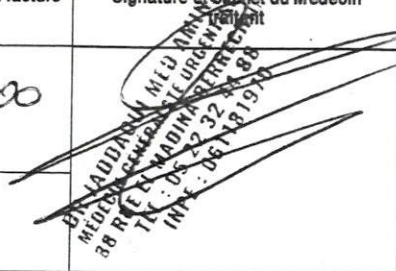
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE 			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
[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

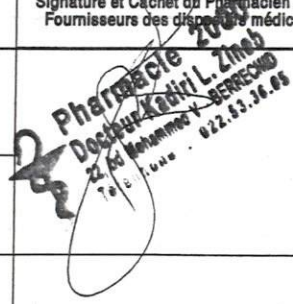
Description des actes effectués				وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin	
18/07/23		C1	120,00		
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis			جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة	
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux		
18.07.23	68,50			
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _ 062000591				
INPE et code à Barres _ _ _ _ _ _ _ _ _				

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	N° d'immatriculation	199385710	رقم التسجيل	SAOUDI ASMAA
	Règlements de la période		انتهاء الفترة	
	du : 23/08/2023	من	au : 23/08/2023	إلى

Veuillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

مبلغ التعويض	تاريخ إرسال الأداء	نسبة التعويض	أساس التعويض	الكمية	المعامل	التعريف المرجعية	مبلغ المصاريف	مهنيو الصحة	العشيات	تاريخ العلاج	رقم الملف
Montant remboursé	Date d'envoi du paiement	Taux de remboursement %	Base de remboursement	Quantité	Coeff.	Tarif de référence	Montant de la dépense	Prestataires de soins	Actes	Date de soins	Numéro de dossier
SAOUDI ASMAA											
47,95	23/08/2023	0.00	0.00	2.00	1.00	0.00	68.50	PHARMACIES D OFFICINES	PH	18/07/2023	129703650
56,00	23/08/2023	70.00	80.00	1.00	1.00	80.00	120.00	MEDECINE GENERALE	C	18/07/2023	129703650
Total remboursé											
مجموع مبلغ التعويض											103,95
Total général remboursé											
مبلغ التعويض الاجمالي											103,95

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Dr. JADDAOUI Med Amine

Diplômé de la faculté de médecine
et de pharmacie de Casablanca
Ex Médecin interne au CHU Ibn Rochd
Ex Médecin généraliste dans le groupe OCP

INPE : 061181970



الدكتور محمد أميني

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقا بالمركز الإستشفائي ابن رشد

طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

برشيد، في : 18/07/23 Berrechid, le :

ASMAA

SAOUDI

2272

1) Bayatane

45.80

2)

10pp x 2/5

Air lin 9

0-0-

1 dent 165

26850

DR JADDAOUI MED AMINE
MEDECIN GENERALISTE URGENTISTE
88 RUE EL MADINA BERRECHID
TEL : 05 22 32 44 88
INPE : 061181970

Pharmacie 2000
Docteur Kadiri L. Zineb
22, Dr Mohammed V. BERRECHID
Tél : 05 22 32 44 88

88, Rue Elmadina - Berrechid - برشيد

Tél: 05 22 32 44 88 - Gsm: 06 75 37 93 62

Baycutène® N 15 g
Crème



AIRLIX 10 mg 15 Comprimés

