

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-766653

184186

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Matricule : 1835 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ALMADOUN KHALID

Date de naissance : 28/10/1968

Adresse : HAY AL BOUIGHAZ, AV. MLY TALAR BEN ABDELKRAM  
RUE 39 N° 02 TANGER

Tél. : 0666324113 Total des frais engagés : + 500,80 + Dhs

### Autorisation CNDR N° : AA 215/2019

Cachet du médecin :

Docteur Med. Rachid KALIFI  
Médecine Générale  
12, Av. Aïcha Al Mousaifir  
Beni Makfa, TANGER  
Tél. : 05 22 20 45 45  
INPE: 16108285 CF: 002-355300-667

Date de consultation :

22 Nov 2023

Nom et prénom du malade :

ALMADOUN KHALID

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

handic

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

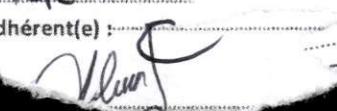
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : TANGER

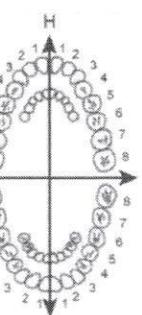
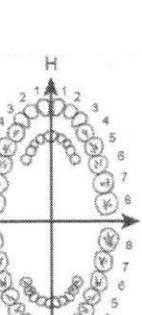
Le : 22/11/2023

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
12 Nov 2013	203	C	2000	INP : 161092854 INP : 161092854 Docteur Med. Rachid KADIRI Médecine Générale AL Mousaïl

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE IBN NAFISSE</b> 27, Rue Tahar Ben Abdekrim Boughazz - TANGER Tél : 05 39 95 81 25	20/11/93	309.80 Dhs

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>
<b>ODF PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> 25533412 21433562 00000000 00000000 <b>D</b> <input type="checkbox"/> <b>G</b> <input type="checkbox"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 <b>B</b> <input type="checkbox"/>		
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>

Docteur Med. Rachid KADIRI

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE GENERALE

12 AV. AICHA AL MOUSAFIR

BENI MAKADA - TANGER

Tél.: 05 39 95 08 51

الدكتور محمد رشيد القادري

الطب العام

الفحص بالمعوجات ما فوق الصوتية

12 شارع عائشة المسافر

بني مكادة - طنجة

هاتف العيادة : 05 39 95 08 51

Tanger ;le :

22 Nove 2023

طنجة في

Ahmadou KHALID

23.60

① Tupper  
ملصق



168.20

① Argent  
ثمن



69.00

① Docivo & Min  
ملصق



40.00

① Prendre  
ملصق



T. tel. 300.80

INPE 161082854 - ICE 002183553000087

..... sachet(s) ..... fois par jour à prendre de préférence au début des repas, pendant ..... jours.

Lire attentivement la notice avant emploi.

كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال... يوم.

**Uniquement sur ordonnance**

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

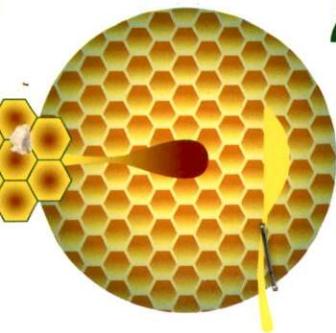
PPU: 168,20 DH  
LOT: 652146  
PER: 04/25

LOT: 2300080  
DUO: 01/2026  
69.000DH



200 ml

**DociVox**  
Sirop naturel



**PREDNI 20**  
Cooper – Prednisolone

20 mg  
Voie orale  
Oral route

Comprimés  
effervescents /  
sécables / Scored  
effervescent tablets

20 x



**COOPER**

41, Rue Mohamed Diouri 20110  
Casablanca, Maroc / Morocco  
Pharmacien responsable : Amina DAOUDI  
رقم محمد الدوادي 20110 الدار البيضاء المغرب  
 المسؤول المشرف : أمينة الدوادي

LOT N°:

UT. AV.:

PPV (DH):