

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.

N° W19-425667

ND: 27836

| | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 08301 R 0442 | Société : | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : Nergoubi idrissi Abdelhafid | | | |
| Date de naissance : 01/01/1941 | | | |
| Adresse : Hay Abbadi Biskra Rue Nehmeh N° 166 Tensur | | | |
| Tél. : 0537610176 | Total des frais engagés : 3778,90 | Dhs | |

| | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <p>Cachet du médecin :</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. EL ALAOUI TAOUSSIK Neurologue Av. Hassan II, Résidence Al-Azizia Entrée A - N°15 - 1000 Tel. : 05 37 66 06 07 - I.N.P.E. 10446304 </div> | | | |
| Date de consultation : 10/10/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : MERZOUI ABDELLAH | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Sd clémentiel | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : | | | |
| Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous-pièce 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 loi relative à la protection des données personnelles.
 Fait à :
 Signature de l'adhérent(e) : **Abdelhafid**



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------|--|
| صيادلة ابى هر RMACIE ABI HOURAIRA صيادلة ابى هر PHARMACY ABI HOURAIRA صيادلة ابى هر شارع القاصرة - ت 537641458 العنوان: شارع القاصرة NPE : 102-000-000-000 النافذ: | ١٥/٦/٢٠٢٢ | صيادلة ابى هر دكتور PHARMACE ABI HOURAIRA شارع القاصرة العنوان: شارع القاصرة NPE : 102-052-601 النافذ: |

INPE : ANALYSES OF RADIOGRAPHS

| INPE : ANALYSES & RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

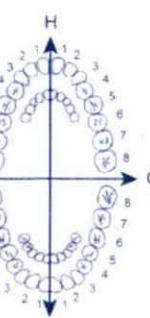
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

BELEVE 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 | INP : <input type="text"/> |
|---|---|----------------------|-------------|--|
|  | | | | 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 | | | |
|  | H | 25533412 00000000 | G | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| D | 35533411 | 11433553 | B | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |

Dr. EL ALAOUI TAOUSSI

Lalla Kaoutar

Neurologue

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat
Vidéo-Electroencéphalogramme "Vidéo-EEG"
Electroneuromyogramme "EMG"

الدكتورة العلوى الطوسي
لالة كوتار

أخصائية أمراض الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Rabat, le 10/06/2020 في الرباط

Mr HÉRZOUKI I DRISSI

Abdelhafid

3x 35,70

1) Cardegaric 160 sach

2x 126,00 1 sach 1j le matin pdt 3 mois

2) Cilengira 10 mg

صيدلية أبي هريرة
PHARMACIE ABI HOURAIRA
الدكتور على زحلبي
15، شارع القاهرة - تمارة
05 37 64 14 58 :
الهاتف : INPE : 102 062 601

1/2 cp 1j le matin pdt 3 mois

3) Dopézil 10 mg cp

1/2 cp 1j le soir pdt 3 mois

4) Almantin 10 mg cp

3x 276,00 1/2 cp 1j le soir pdt 3 mois

5) Seroquel 100 cp

1 - 0 - 1 pdt 3 mois

شارع الحسن الثاني، إقامة المامونية، مدخل أ. شقة 25، الرباط - Av. Hassan II, Résidence Mamounia, Entrée A - N°25 - Rabat -

الطابق الرابع (بالصعد) قبالة محطة ترام المدينة - 4^{eme} Etage (Ascenseur) face à la station Tramway-Médina -

Tél. : 05.37.66.06.07 - الهاتف : Email : elalaoui.t.k@gmail.com

TP SRP

INPE : 102 062 601
0537 6014 68 : 0537 15
PHARMACEUTICALS
HOURAI

53781g

Acet 2 Li pdf 3 min

g) Toluene

6x40.50
1/8

pdf 3 min

g) Acetone 500 chrono

Acet 2 Li to machine pdf 3 min

4) Triethylalide 10/125 4

pdf 3 min

g) Acetone 50 mg gel

3x63.30
1/8

319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH
319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH
319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH
319334



6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

LOT : 20E008
PER.: 07/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 20E008
PER.: 17/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

LOT : 20E012
PER.: 10/2021
KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V : 35DH70

6 118001 081189

PPV: 126 DH 00

PPV: 126 DH 00

PPV: 506 DH 00

PPV: 506 DH 00

PPV : 150DH20

PPV : 150DH20

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al acuar roches
noires casablanca
SEROQUEL
100mg Cpr x 60
Boite de 60
269/6 DMP/21NSF P.P.V : 276,00 DH
6 118001 021307

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al acuar roches
noires casablanca
SEROQUEL
100mg Cpr x 60
Boite de 60
269/6 DMP/21NSF P.P.V : 276,00 DH
6 118001 021307

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bno al acuar roches
noires casablanca
SEROQUEL
100mg Cpr x 60
Boite de 60
269/6 DMP/21NSF P.P.V : 276,00 DH
6 118001 021307

LOT : 191564
PER : 04-2022
PPV : 140,000DH

LOT : 191564
PER : 04-2022
PPV : 140,000DH

63,30

63,30

63,30

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

1 081073

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
DEPAKINE CHRONO 500 MG
CP PEL B30
P.P.V : 113,30 DH

6 118001 081073