

MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

PER 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.



Declaration de Maladie

N° W19-587389

COMPLEMENT PHARMACIE

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2459

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

ELOUJANI M-d.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699 7716 76

Total des frais engagés :

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 :

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 n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet et signature du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/04/2021	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

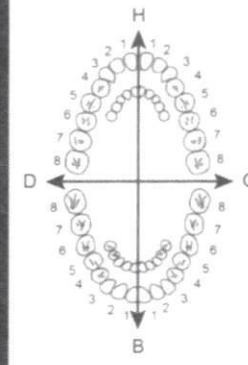
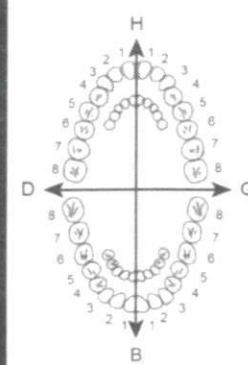
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Mohamed AMINE

Spécialiste de :

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF
Diplômé du C.E.S. de Gastro-Entérologie
de la Faculté de Médecine de TOULOUSE
et de MEDECINE INTERNE

Diplômé de l'Université de Nutrition et Diététique
Diplômé d'Université de Diabétologie
Diplômé d'Université des Maladies Phospho-
Calciques de l'OS
Diplômé d'Université d'Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de MONTPELLIER

Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
Membre Titulaire de la Société Française
des Maladies de l'Appareil Digestif
Membre Titulaire de la Société Française
d'Endoscopie Digestive
Membre de la Société Européenne Méditerranéenne
de Proctologie

الدكتور محمد أمين

إختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي
شهادة التخصص العليا من كلية الطب بتولوز والطب الباطني

شهادة جامعية في أمراض التغذية والسمنة
شهادة جامعية في أمراض السكري
شهادة جامعية في أمراض الفوسفور والكالسيوم للعظام
شهادة جامعية في الفحص بالصدى
من كلية الطب، بمونبولي

عضو الجمعية المغربية للطب الباطني
عضو رسمي للجمعية الوطنية الفرنسية
لأمراض الجهاز الهضمي
عضو الجمعية الأوروبية المتوسطية
لأمراض الشرج والبرازير

Casablanca, le 03 MARS 2021 في الدار البيضاء،

27.50

① Spersol

3 جرعات

89.50

② Neobilum

3 جرعات

40.00

③ Anti-Spe

3 جرعات

68.60

④ Hepanul

3 جرعات

225.60

27.50

LOT 202345 1
EXP 10/2022
PPV 40.00

40.00

Lot: 200198
A consommer
avant le: 04/2024
PPC: 89,50 DH

هيانات

40 قرص

A consommer de
préférence avant fin: 11/2023
Lot: W323I

68.60 DH

11/2023

W323I

Via Jelle
Importé et
Ben

Dr. Mohamed AMINE
022 27 96 4

50, زنقة طاطا (بوانكار سابقا) الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 27 01 93 - الفاكس: 05 22 29 54 88

50, Rue TATA (Ex. Poincaré) - Casablanca (Face café la Comédie) - Tél. : 05 22 27 01 93 - Fax : 05 22 29 54 88

GSM : 06 61 27 19 19 - E-mail : aminerachid@gmail.com - Autorisation SGG 4248



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
LOTIS AL MOUSTAKBAL Lot N°7 SIDI MAAROUF

Docteur en pharmacie
UNIVERSITE DE LIEGE
BELGIQUE

R.C : 325695 Patente: 36167275
T.V.A : 15250952 C.N.S.S: 6181242
Banque: BMCI 0137800110401384100187
Tél : 0522973223

Le 07/04/2021

FACTURE N°900922

N° ICE : 001687646000084

N° IF : 15250952

ELOUJANI MED

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	NEOBILINE 10 AMP BUV	89,50	89,50	14,92	20,00
1	ANTI-SPA 200 MG 30 CPS	40,00	40,00	2,62	7,00
1	HEPANAT DIECIERBE 40 CPS	68,60	68,60	11,43	20,00
1	SPASFON 30 CPS	27,50	27,50	1,80	7,00
<div>PHARMACIE DE LA DECOUVERTE Lot. Al... Route: 102... Tél: 0522 97 32 23 - Fax: 0522 97 57 46</div>					
TAXE TIMBRE 0.25%		17,00	TOTAL T.T.C :		242,60
Nbr Articles	TVA 7% Base :	67,50	Montant :	4,42	TVA 20% Base : 158,10
				Montant	26,35
Arrêté la présente facture à la somme de : Deux Cent Quarante Deux Dirhams et 60 centimes.					