

MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

RECUPERER 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 dates 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.

MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

71826

Maladie

Dentaire

N° W19-587389

COMPLMENT PHARMACEUTIQUE

Optique

CA A

Matricule : 2459

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELOUJANI M-d.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0699771676

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/04/2021

INP : [REDACTED]

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AM	PC	IM	IV
----	----	----	----

Montant détaillé des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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'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 و الطب الباطني

شهادة جامعية في أمراض التغدية والسمونة

شهادة جامعية في أمراض السكري

شهادة جامعية في أمراض الفوسفور والكلاسيوم 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 والبروستير

03 MARS 2021

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

27.50

① gutefon

3 مك

LOT	202345	1
EXP	10.2022	
PPV	40.00	

40.00

89.50

② ves biline

3 مك

40.00

③ Anti-gre

3 مك

68.60

④ He/panal

3 مك

225.60

27.50

Lot : 200198
A consommer avant le : 04/2024
PPC : 89.50 DH

هيبات

قص 40
A consommer de préférence avant fin : 11/2023
Lot : W323I

68.60 DH

Via delle I
Importa et Ben

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

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

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE
Lot Al Moustakbal Lot N°7
Route Ifoga
Sidi Maarouf Casablanca
Tel : 0522 97 57 46

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.