

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

N°: N° M21- 0051229

76438

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3189

Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : IDRISI ST BARK

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.68.3201.14 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 : APALAGH Aouicha

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-A215 / 2019

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-051229

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



Courrier

FEUILLE DE SOIN N°		DATE DE DEPOT		
W				
A REMPLIR PAR L'ADHERENT				
NOM & Prénom	IDRISSI MBARK	Téléphone	06.68.32.01.14	
Fonction retraité	Matricule 3189	Mail		
A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT				
NOM & Prénom du patient :	ABALAGH AOUIACH	Age	01/01/1963	
Nature de la maladie:	<input type="radio"/> Adhérent <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances	<input checked="" type="checkbox"/> Signature Dr. ABDERRAZAK BENOGHLI <del>Dr. Abderrazak Benoghlia, Diabète et Médecin de famille, 05/28/2021</del>			
RELEVE DES FRAIS & HONORAIRES DU MEDECIN				
Dates des actes	Nature des actes	Nombre de Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	
07-06-2021		C	150,-	
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Dates	Montant de la facture			
Dr. Dousmane El OUAIFI 06/06/2021	456,-			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES				
Dates	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur				
AUXILIAIRES MEDICAUX				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Dates	Nombre		Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES										
Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.										
	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient							
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>  <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>  <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>  <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>  <b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>  <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>  <b>Date du devis</b> <input type="text"/>  <b>Fin de l'exécution</b> <input type="text"/>							
O.D.F. Prothèses dentaires										
Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <tr> <td>DROITE 12 11 21 22 GAUCHE</td> <td>H 21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			DROITE 12 11 21 22 GAUCHE	H 21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
DROITE 12 11 21 22 GAUCHE	H 21433552									
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
D (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession										
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution								
VOLET ADHERENT										
NOM du Patient :		DECLARATION N°	<b>Cachet MUPRAS</b>							
		W								
MATRICULE N°	Date de Dépôt	Montant engagé								
		Nbre de pièces Jointes								
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b>							

**DR. ABDELAZIZ BENHMID**

Médecine Générale

Échographie

DU De Diabétologie à L'université Paris 13

Ancien Médecin chef au ministère de la santé

Ancien Médecin du groupe OCP



**الدكتور عبد العزيز بنحميد**

الطب العام

الفحص بالصدى

أمراض السكري خريج جامعة باريس 13

طبيب رئيس سابق بوزارة الصحة

طبيب سابق بالجمع الشريف للفوسفات

Sidi Ifni, Le : 07-06-2020

سidi إفني في :

Mr, Mme, Melle : ABDLA BEN HAMD

- Fluoride 180/-  
 (689-×3) 180/-  
 (254)  
 → 546/-

- Ferrum 1 g  
 83,1-×3 0 6/-  
 → 249/-  
 246/-

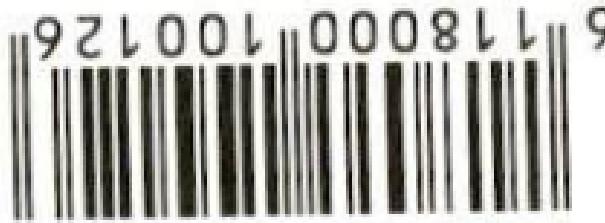
Dr. Abdelaziz BEN HAMD  
 Pharmacie EL OUAFA  
 Dr. Driss BEN HAMMED  
 Tel : 05.28.87.59.96  
 AV. CAINE - Sidi Ifni  
 INP : 04.20.74.81  
 ICE : 00.12.31.29.40.00.066

RDV Le :

Dr. Abdelaziz BEN HAMD  
 Diabétologie Echographie  
 Lot. Fatah Sidi Ifni  
 Tel: 05.28.87.59.96

ودادية الفتح أمام المخيم الشمالي - سidi إفني - الهاتف : 05.28.87.59.96  
 Amical AL FATH en face du camping municipale - Sidi Ifni - Tél : 05.28.87.59.96





30 Comprimés pelliculés  
à libération prolongée

**FLUDEX LP**

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca  
1mm. ZEYACO, lot FATH 4  
SERVIER MAROC  
Les Laboratoires Servier - France



لطفاً لا تزيد عن 30  
دواء لسد الشهوة

**LP**

liste II - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
لطفاً لا تزيد عن 30 دose يومياً : II Liste

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

لطفاً لا تزيد عن 30 دose يومياً

68,90



6



PELLICULES SECABLES  
28 COMPRIMES  
**TENORMINE® 100 mg**

Unitément sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**



28

liste 1

100 mg

13,40

6



PELLICULES SECABLES  
28 COMPRIMES  
**TENORMINE® 100 mg**

Unitément sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**



LISTE 1  
TENORMINE 100 mg 28

100 mg

13,40

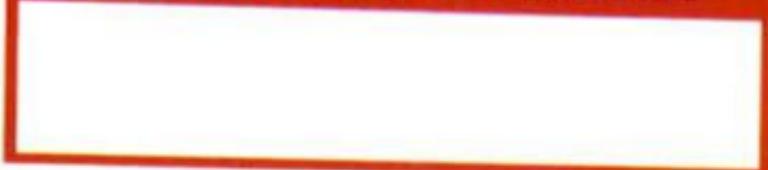
6



PELLICULES SECABLES  
28 COMPRIMES  
**TENORMINE® 100 mg**

Unitément sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**



LISTE 1  
TENORMINE 100 mg 28

100 mg

13,40