

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hôpital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-724453

186151

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : | 611 | Société : | RAM |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | KAIS Abderrahman |
| Nom & Prénom : KAIS Abderrahman | | | |
| Date de naissance : 01/01/1949 | | | |
| Adresse : N° H61 Lotissement Wafa Déserte | | | |
| Tél. : | 0661153218 | Total des frais engagés : | 3780,50 Dhs |

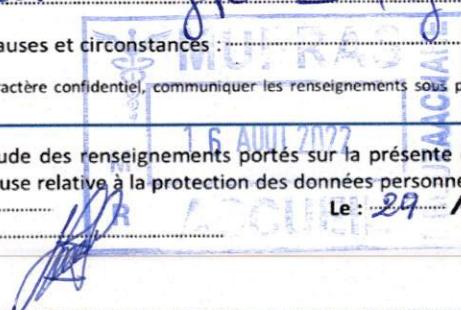
| | |
|---------------------------------|---|
| Cadre réservé au Médecin |  Cachet du médecin : MAHIR LATIFA - Age: Date de consultation : 28 Juil 2022 Nom et prénom du malade : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : diabète type 2 + goutte 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. Le : 16 AOUT 2022 |
|---------------------------------|---|

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 : Dézerec

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29 10 2022



| 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 |
| 28 Juil 2022 | C | 250.00 | | INP : 06184435 Abderahim Informatique - Radiologie - Médecine - IRIS - IMA Tél : 03223244 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| ZMACIT EL WAFAA Faissement el wafaat Deroouia 22/05/2019 | 28/7/2019 | 3530,60 |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|----------|--|--|--|
| 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 35533411 | G | | 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | |
| | | B | 00000000 | 35533411 | | | | | | | | | | | | |
| | | G | | 11433553 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Abderrahim Bokhamy

SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE

ET MALADIES METABOLIQUES

Diabète - Obésité - Nutrition

Cholestérol - Glandes - Stérilité

Ménopause - Andrologie

الدكتور عبد الرحيم بخامي

اختصاصي في أمراض السكري

الغدد والتغدية

السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترول

الإضطرابات الهرمونية - العقم

Berrechid, le 28 JUIL 2022
MATHI Latifa

برشيد في

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa

Deroua
FIX : 05.22.53.20.54

INN : 061011375*



1'S

434,00 x 4

- Jour et 50 (1000)

= 8 x 2

1'S

19.50 x 2.

Glycometer

1 - 0 - 0

- Jardiance 10 mg

285

1000

550,00 x 3

20.00 x 3

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa

Deroua

FIX : 05.22.53.20.54

1000

PHARMACIE EL OUMOUA
244 lotissement el wafaa

Deroua

FIX : 05.22.53.20.54

1000

1 - 0 - 0

Copie

300

Dr. Abderrahim Bokhamy
SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES
INN : 061011375
BERRECHID

3530,60

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 0666 352 104 - المحمول : 05 22 328 787



7862160342



7862160342

Liste II - Uniquement sur ordonnance
Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



7862160335



7862160335

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

50 comprimés dosés à 500

PPV 19.50 DH
LOT F597 PER 05/25

comprimés doses à 500 mg

LOT F383 PER 04/25
PPV 19.50 DH

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



313839-02



313839-02



313839-02