

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11777 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAOUZI

BARAKATE

Date de naissance : 18 DÉC 1973 V.N. Agadir

Adresse : IMM. H 2 N° 32

Tél. : (+212) 78 92 82 30 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISI**

Médecine Générale

Spécialiste en Médecine de Travail  
- D. Echographie - B. Diabétologie

41, Av. Abderrahim Bouabdi Agadir

Tel: 05.22.21.01.92

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 AOUT 2022

Nom et prénom du malade : MOUSSAÏD AMAL Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : El. dépressif

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 : Agadir

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/08/2022

**MUPRAS** **ACCUEIL**

## 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
17/10/2021	Uc		150,00	D. HASSAN BEN JAHOUH Spécialiste en Médecine Générale - D. Echographie - D. Diabète Av. Abderrahim Bouabid 10000 Casablanca Tunisie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
10/08/2022	230.50	<b>Pharmacie AL MASSIRA</b> N° 57 Av. Jules Gobenmacher Q. Al Massira AGADIR Tél : 05 28 22 37 25 <b>INPE : 042007765</b>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

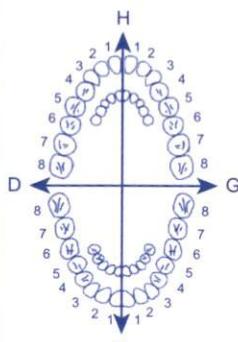
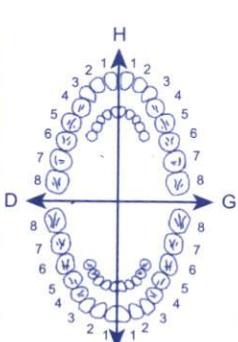
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000	21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D	G		
	00000000 35533411	00000000 11433553		
	H	B		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



233.90

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
O

LOT : 22E001  
PER.: 01/2006

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

258.30

# لوديوميل® 25 ملخ

كليبريات الموريتانيين

**Ludiomil® 25 mg**

30 comprimés  
pelliculés

6 18000 012726

عن طريق الفم

30 قرصاً ملبيساً



**Ludiomil® 25 mg**

Chlorhydrate de maprotiline

AMDIIPHARM



voie orale

30 comprimés pelliculés

LOT: 0092  
EXP: SEP 2026  
PPV: 51,30 DH



voie orale

28 Comprimés pelliculés sécables

10 mg



**CILENTRA®**  
Escitalopram

Médicament Autorisé N°: 391/12DMP/21/NTT

PPV: 126 DH 00

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

احترم الجرعات المحددة

TABLEAU A (Liste I)

سيلونترا®  
إيسি�تالوبرام

10 ملغ

CILENTRA®10 mg

Boîte de 28 Comprimés  
pelliculés sécables



6 1118001300303

28 قرصا ملبا قبل الكسر  
عن طريق الفم

GTIN: 16118001300300  
Lot No.: PTC4080C  
EXP.: 07/2023  
S.N.: AB15133740111



Dr. HASSARI Ahmed El IDRISI

Médecin Générale

الدكتور حساري أحمد الإدريسي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

diplôme d'akouographe

diplôme de diabétologie

الخبير في طب العمل

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

- Diplômé d'Échographie

- Diplôme de Diabétologie

- Spécialiste en Malade de Travail

Agadir, le : 10 AOUT. 2022 : أكادير في

## NOTE D'HONORAIRES

Nom : Moussad

Prénom : Amal

Type d'Act : Visite en Cabinet

Prix : (150,00 DA) Cent cinquante DHS

Dr. HASSARI Ahmed EL IDRISI  
Médecine Générale  
Spécialiste en Médecine de Travail  
D. Echographie - D. Diabétologie  
11, Av. Abderrahim Bouabid Agadir  
Tél. 05 28 21 01 92