

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.

N° W21-683358

130872

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	13246	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	IBARRITANE EL MUSTAFA
Nom & Prénom :		28/08/1989	
Date de naissance :		C22 Bd 69 appart ganché premier étage	
Adresse :		Layali 02, Benrechid	
Tél. :		06 68 12 37 27	Total des frais engagés : 377,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Omnipraticien 128, Bd Mohamed V Berrechid Tél: 05 22 33 75 70 06 50 43 56 34	
Cachet du médecin :	Dr ESSOUBI Abderrahim
Date de consultation:	29/08/2022
Nom et prénom du malade : IBARITANE Ima	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<i>APNE</i>
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 : *Nouaceur*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *26/09/2022*



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	INPI et signature du Médecin attestant l'exactitude des Actes
29.08.2022	C	1	150,00 Dr.	INPI : 061 082 402 ESSOUBI Abderrahim 128, Bd Mohamed V Berrechid Tél: 05 22 33 75 70 06 22 33 56 34

EXECUTION DES ORDONNANCES.

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
S. Bouchajh Pharmacie Duled Hiz 4. Bd Mohamed V, Benzerchid TEL: 0522 33 73 51 INPE: 062047295	26/01/2021	227.100

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
		00000000	00000000																
		<hr/>																	
D		G																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUTION																			

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام
الفحص بالصدى

29 AOUT 2022

Berrechid, le

Nom : IBARITANE
Pds : 16kg.
VA :

99.00

24.00

24.50

79.50

227.40

Dr. ESSOUBI Abderrahim
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 34

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
124, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295



- AZithromycine 500

1 dose à 16kg.

- Ciprofloxacin 250 mg
3x1/jour

- Cefixime 1g
1x/jour

- Aspirine 500 mg
1x/jour

LOT:	24/40
PER:	1
PPV:	1

05 22 33 75 70 128، شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف وفاكس :

128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70

GSM : 06 50 43 56 24



8 032578 479263

Lot: 220102

**À consommer
avant le:**

03/2025

PPC: 79,50 DH

99,00

OREUS®

sloratadine 0,5 mg/ml

PPV:24DH50
PER: 06/24
LOT: L2023



Soyez prudent
Ne pas conduire
sans avoir lu la notice

AMM N° 09/16 DMP/21/NNP



UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE