

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 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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2654 Société : R.P.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZEMMAT MOHAMED

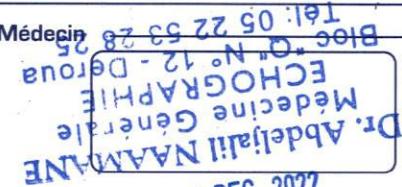
Date de naissance : 08/04/1958

Adresse : HABITATION

Tél. : 06 19 01 57 42 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01 DEC. 2022

Nom et prénom du malade : OULBI Zineb

Age: 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

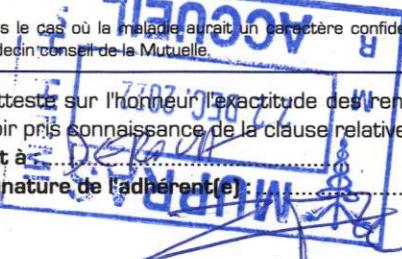
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 29/11/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 01/06/2012 | 08 | 1 | 100,00 | Medecin Generaliste ABDELILI NABIL Date : 28/05/2012 Signature : 25/05/2012 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| El Khatib Densia - Oujda Date : 12/05/2012 | 1-AZ-2012 | 298,87,- |

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

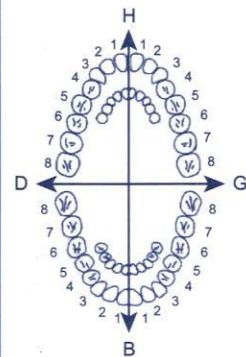
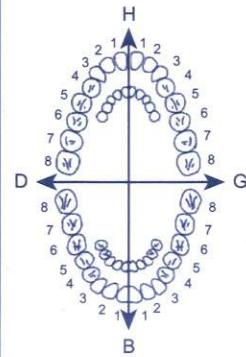
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

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 |
|---|--|---|-------------|---|
|  | | | | |
|  | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | Coefficient des Travaux |
| | H 25533412 00000000 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 00000000 11433553 | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | Montants des Soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |

Abdeljalil Naamane

عبد الجليل نعمان

Docteur en Médecine
Echographie
Bloc Q N° 12 - Deroua
Tél.: 05 22 53 28 25
Visite à Domicile

دكتور في الطب
الفحص بالصدى
بلوك ك رقم 12 - الدروة
الهاتف : 05 22 53 28 25
زيارة في المنزل

ORDONNANCE

Deroua, le : 01 DEC. 2022 الدروة في :

OULBZI, Zineb

→ la gorge 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ Naseluz 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ 82,00 mmp 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ Gm convence 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ 51,00 mmp 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ jorduee de 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ bandellett 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ T 8862 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ al 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ ECHOGRAPHIE 10,1/185 12m 1
31,01,13

→ Dr. Abdeljalil NAAMANE 10,1/185 12m 1
31,01,13

Dr. Abdeljalil NAAMANE
ECHOGRAPHIE
Centre El Gounouma
N° 12 - Deroua
05 22 53 28 25

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

V140977/01

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH



6118001030903

EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés
PPV: 310.00 DH

Ain Sebâa 20590 Casablanca -Ma



6118001030903

EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés
PPV: 310.00 DH



6118001030903

EXFORGE HCT
10mg/160mg/25mg

28 comprimés pelliculés
PPV: 310.00 DH

Titulaire de l'AMM:
Laprophan
21 Rue des Oudaya,
Casablanca-Maroc

Glucovance 1000 mg/5mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 82.00 DH



6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00

313839-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم الجرعت الموصوفة



6 118001 041077
Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)
30 comprimés pelliculés
PPV: 550 DH 00

313839-02

Le 1. 12. 22

Facture N° 79

M: Zine b auf Bl.

INPE:062005
Quantified

PHARMACIE EL OUMOUMA
244 lotissement el wafaa
Deroua
5 22.53.20.54

Fix: Désignation

SMACIE
4 lotissement
Desva
5 22.53.20.58





