

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° W21-771232

par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2426	Société :	RAM 116785
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraité
Nom & Prénom : LATIGUI - MOHAMMED			
Date de naissance : 1956			
Adresse : DU EL MAGHREB . BARA B 1 N 04 B. ENID RAR CUIADA			
Tél. : 05 3665 0281 Total des frais engagés : 1554, 00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	LATIGUI MGR Yeme Age: 66		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : 05/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 15/01/2023

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
09/11/22	C.S		300 DH	INP : [REDACTED]
16/11/22	C.T.		G	[REDACTED]

PHARMACIE BADR BENI DRAR
Dr BELMOSTEFA II EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien Beni Drar Bd. Hassan II, 901. Badr Beni Drar Tel. 05 36 65 03 03	Date	Montant de la Facture
	09/11/22	625,00
	16/11/22	625,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				Coefficient des travaux [REDACTED]
				Montants des soins [REDACTED]
				Début d'exécution [REDACTED]
				Fin d'exécution [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

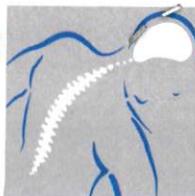
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des travaux [REDACTED]
H	25533412 21433552 00000000 00000000	Montants des soins [REDACTED]
D	00000000 00000000 35533411 11433553	Date du devis [REDACTED]
B		Date de l'exécution [REDACTED]
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PROFESSEUR OULALI NOUREDDINE

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
Spécialiste en chirurgie Crânienne et Rachidienne
Spécialiste de la Douleur



البروفيسور في العالي نور الدين
أستاذ بكلية الطب والصيدلة
اختصاصي جراحة الدماغ والعمود الفقري
اختصاصي في الألم



141147421

Le : ١٦/١٢/٢٢

Saatigui Morym

① Aphasie 30

288, 2/33, 80

1/2

② Gaspex 25

103, 80

1 - 2 -

③ Thamz 100

48, 80

100

④ Cedsl

22, 80

1

⑤ Vitamf 14

28, 80

1

⑥ Dentol 14

= 629, 80

1

PHARMACIE BADR BENIDRAR
L' BELMOS STEFA Ilyos
Bd. Hasson II lot. Badr Benidrar
Tel. 05 35 65 03 03

Pr Noureddine OULALI
NEUROCHIRURGIEN
Professeur Agrégé
N.P. 141147421

Votre prochain rendez-vous le



PHARMACIE BADR BENIDRAR
L' BELMOS STEFA Ilyos
Bd. Hasson II lot. Badr Benidrar
Tel. 05 35 65 03 03



noureddine_oulali@yahoo.fr



RDV : 07 67 16 68 28 - URG : 06 61 63 89 12



PPV 68DHT0
PER 09/27
LOT 13092

Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTO

6 118001 160044



6 118001 160051



عنفو

30 ملبيه حبة

PPV
LOT
PER

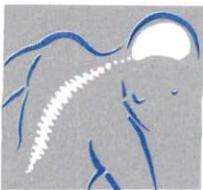


PROFESSEUR OULALI NOUREDDINE

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Spécialiste en chirurgie Crânienne et Rachidienne

Spécialiste de la Douleur



البروفيسور والعالى نور الدين
أستاذ بكلية الطب والصيدلة
اختصاصي جراحة الدماغ والعمود الفقري
اختصاصي في الألم



141147421

PHARMACIE PADDO DR BENI DRAK
Dr BELMOUSTAFA BENI DRAK
Bd. Hassan II, Lot. Badia Beni Drak
Tel : 05 36 65 03 03

Le :

09 NOV 2022

Mme Pathigni Bergem



① DINDO 100 mg
1x le Soir

60, 10
65, 10

② DINDO 25 mg
1 - 1 - 0

80, 10

③ INEXION des
1x le Soir 10 mg/jour

80, 20

④ Sirdalud 45

1x le Soir au Compte

2 = 80, 00

2 = 80, 00

2 = 80, 00

2 = 80, 00

2 = 80, 00

2 = 80, 00

2 = 80, 00

⑤ Alyst 25

13, 00 x 2

⑥ Nitanyl 17

13, 00 x 2

⑦ Nitanyl 17

13, 00 x 2

Votre prochain rendez-vous le



26/11/2022

Dr Noureddine OULALI
NEUROCHIRURGIEN
Professeur Agrégé
IMN - 141147421



noureddine_oulali@yahoo.fr



RDV : 07 67 16 68 28 - URG : 06 61 63 89 12

④ لوكسيم
 ١ - ١ - ١
 ⑤ Doltran
 ١ - ٦ - ١



DI-INDO®

PPV 65DH00

25 mg
EXP 01/2025
LOT 10047 2

30 cc

DI-INDO® 25mg
30 comprimés effervescents

6 118000 032366

Viale orale



56 GÉLULES

6 118001 040841

AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS

VITANEVRIL® FORT 100 mg
 30 comprimés pelliculés
 6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
 30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

VITANEVRIL® FORT 100 mg
 30 comprimés pelliculés

6 118000 180593

Lot: ٢١١٢٢٢
 Exp.: ٢٣-٢٠٢٤
 PPV: 136DH50

Viale orale

56 GÉLULES

Lot: ٢١١٢٢٢
 Exp.: ٢٣-٢٠٢٤
 PPV: 136DH50

6 118001 040841

AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS



مَصَاحِفُ اللَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ

CLINIQUE ACHARK

FACTURE

Nº 003074

Nom du patient :

Ouidah, le

08/11/22

Arrêtée la présente Facture à la somme de

Trois cents DH,

Signature,

6, rue Saâd Zaghloul - OUJDA
Tél. : 05 36 68 26 63 / 05 36 68 03 21 / 05 36 68 56 56 / Fax 05 36 70 47 48
TP 10704162 - IF 05300619 - CNSS 1722067 - ICE 001575971000064