

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : **4290**

Société : **RDM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom : **HAMDOUNI** **Zouhair**

Date de naissance : **01/10/1948**

Adresse : **HAY Mourine** **n° 127** **Mromedia**

Tél. : **0766041726**

Total des frais engagés : **695,54 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **15 MARS / 2023**

Nom et prénom du malade : **HAMDOUNI Mohamed**

Age : **74 ans**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Gastrite a chronique + NCP.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

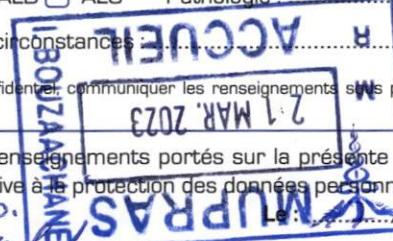
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **Mohamed**

Date : **21 MAR 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Mohamed**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
15 MARS 2022		-	2000	<p style="text-align: right;">DR. TALIB HASSAN</p>  <p>OMNS - 0522.517.574/H0663.865.610</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>LA PHARMACIE REGIONALE Dr SAUZEN-ENGELDOUN Imm. 94, LORRAINE N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07</p> <p>INPE : 06 20 74 81</p>	19/03/23	490,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

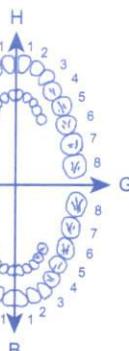
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table 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;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr. TALIBI HASSAN

Médecin Généraliste



الدكتور الطالبي حسن

طبيب عام

Du en Rhumatologie (Bordeaux - France)
 Du en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)
 Du en Diabétologie (Bordeaux - France)
 Du en Gériatrie (Bordeaux - France)
 Du aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique (Paris - France)
 Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

دبلوم في أمراض العظام والمناظر والعمود الفقري (بوردو، فرنسا)
 دبلوم في الجراحة الجلدية (كلية الطب، الرباط)
 دبلوم في علاج السكري (بوردو، فرنسا)
 دبلوم في علاج طب الأشخاص المسنين (بوردو، فرنسا)
 دبلوم في الليزر الطبي (باريس، فرنسا)
 الختانة الطبية، الجراحة الصغرى، الطب التجميلي

Berrechid le : برشيد في :

15/03/2023

MR HAMDAOUI MOHAMED

8,00

- **ISOX 100 MG - Comprimé**
1 comprimé matin et soir x 10 jours

14,00

- **Esac 20 mg - microgranules gastrorésistants en gélule**
1 gélule le soir avant repas x 14 jours

60,00

- **Orapred 20 mg - comprimé effervescence**
3 comprimés le matin x 10 jours puis arrêt (régime sans sel Obligatoire)

20,00

- **GAPREX 75 mg**
1 gélule le soir x 5 jours puis 1 gélule matin et soir x 1 mois

490,50

LA PHARMACIE
Dr. Saad BEN YOUSSEF
Impr. 94, Lot 111, 1000
Tél: 05 22 54 42 07

LA PHARMACIE AL-JUWIYAH
Dr. Saad BEN YOUSSEF
Impr. 94, Lot 111, 1000
Tél: 05 22 54 42 07



شارع محمد الخامس، زاوية زنقة يعقوب المنصور، عمارة الحاج أحمد برشيد، المدخل "C"، الطابق الأول، شقة 1

برشيد - أرقام الهاتف: 06 63 86 66 10 - 05 20 02 12 04 - 05 22 51 75 74

LOT 22005
PER 10 / 25
PPV 82DH00
82,00

144,50

LOT 22003
PER 18 / 24
PPV 144DH50



60,00

LOT 21N115
EXP 11/24
PPV 204DH00