

## 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.

N° W21-809225

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 00072418

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Soultani Amima

170355

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066.1.2120.15

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18 JUIL 2023

Nom et prénom du malade :

Soultani Amima Age: 14 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

af. du mi hante / AFP. du mi selhane

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements suivants au自信 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 :

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		
TB JUIN 2023		—	200	INP : 0522517.574/0663.866.610 Dr. TALIBI Hassani OMNIA CITRON	0522517.574/0663.866.610	
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
INPE Dr. TALIBI Hassani 2023	28/07/23	457,40				
ANALYSES - RADIOGRAPHIES						
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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>														
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>														
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

Diplôme en Rhumatologie (Bordeaux - France)

Diplôme en Dermatologie Interventionnelle (Rabat)

Diplôme en Diabétologie (Bordeaux - France)

Diplôme en Gériatrie (Bordeaux - France)

Diplôme aux Lasers Médicaux À Visée Esthétique (Paris - France)

Circoncision - Chirurgie Mineure - Médecine Esthétique

Diplôme في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري (بوردو - فرنسا)

Diplôme في الجراحة الجلدية (كلية الطب - الرباط - المغرب)

Diplôme في علاج السكري (بوردو - فرنسا)

Diplôme في علاج طب الأشخاص المسنين (بوردو - فرنسا)

Diplôme في الليزر الطبي (باريس - فرنسا)

الختان الطبي. الجراحة الصغرى. الطب التجميلي

Berrechid le: 18/07/2023 برشيد في :

MLLE SOUKTANI AMINA

245.00

- AQUINEX 400 MG, Comprimé pelliculé - Comprimé  
1 comprimé/jour après le repas x 10 jours

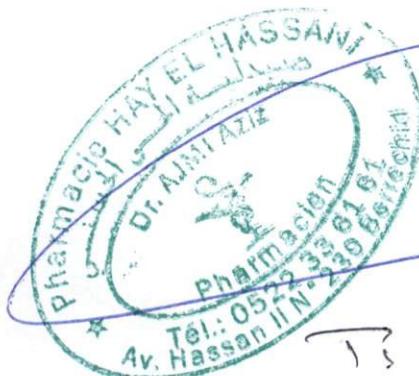
82.10

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

- 35.70
- Kardegic 160 mg - poudre en sachet  
1 sachet le midi x 1 mois

- 34.50
- Lasilix 40 mg - comprimé  
2 Comprimés, matin, midi, soir x 3 jours puis 1 comprimé le  
MATIN x 1 mois

- 60.00
- Orapred 20 mg - comprimé effervescents  
1 Comprimé, matin, soir x 10 jours puis 1 comprimé le matin  
x 10 jours (régime sans sel)



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

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

LOT 22009  
PER 08/20  
PPV 32DH10



KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

LOT :22E012  
PER :06 2024

P.P.V :35DH70



6 118001 081169

LASILIX 40MG  
20CP SEC

LOT :22E014  
PER :07 2026

P.P.V :34DH60



6 118000 060468

LOT 210294 5

EXP 02 2024

PPV 245.00 DH



60,00