

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 2074		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BENAMAR M HAMMED		Date de naissance : 15/07/1953	
Adresse : PHAY ELMOHAMMADI lot elouaicha gue Khaled ben Oualid N°15 OUJDA		Tél. : 06 11 87 25 96	
		Total des frais engagés : 452,00 Dhs	

Autorisation CNDP Nº : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :  Date de consultation : 12/12/23 Nom et prénom du malade : BENAMAR MHAMED Age : 70 Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : Hypertension 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. M 10 OCT. 2023 MURAKBI ACCUEUILLANT, 09, 2023		

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 : **ACCUEUILLANT, 09, 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **EHS**

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
12/11 2023	CS		300	INP : 08M75036 DOUSSEREAU ALAIN - 004 - GSM : 06 61 12 00 38

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie KADOU Dr. El Maghni Tél. 05 34 52 44 94 Rue 450, Bâtiment 38 El Maghni El Maghni	12/07/23	15200

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
H	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
D	00000000	00000000	G	
	35533411	11433553		
B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. YOUSSEF DERRAZ
CARDIOLOGUE
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris
Diplômé de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes
Diplôme d'Échocardiographie - Université Victor Segalen Bordeaux 2



الدكتور يوسف دراز
أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب
طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بالرباط و باريس
دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس
دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

Oujda le :

و مدة في :

12 juillet 2023

Nom : Benamar
Prénom : Mhammed

Ordonnance

1-Inikal 10: 0-0-1

TTT 3 mois

Dr. YOUSSEF DERRAZ
Résidence Al Amal, bureau 5
Bd. Allal Ben Abdellah 07000 Oujda
Tél: 05 36 70 70 04 - GSM: 06 61 43 88 63

صيدلية القمر
Pharmacie AL KASR
EL MEKKAOUI Kaoutar
Tel: 05 36 52 44 94
Hay El Mekkaoui, lot 1 N°3 Rue Abd El Karim Nizar, Oujda



4, Résidence al amal, bureau 5 BD.Allal ben abdellah 05 36 70 70 04
4, إقامة الأمل مكتب 5,شارع علال بن عبد الله 06 61 43 88 63

Barcode
081175036

LOT : 221208

EXP : 09/2025

PPV : 76.00 DH

PPV(DH)
N° : 00000000000000000000000000000000
UTAV :

ED 10 2010

MC PHARMA S.A. Bachkou, Lot 10 Rue 7
Casablanca - MAROC
O. MOTII - Pharmacien Responsable
Fabriqué par Cooper Pharma
Douar Ouled Abou - Tit Mellil
Casablanca



inikal® 10 mg

Amlodipine

30 comprimés



6 118000 340140

AMM N° : 254/DMP/21/NNP

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Tableau A (Liste I)

Topiramate

Topiramate



TECNIMEDE GRO

GEO

22,60 x 28

TOPIRAMATE GT® 25 mg
10 Comprimés pelliculés



6 118001 380053

Lot : AC0423D
Per : 03/2026
PPV : 22DH60