

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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8784**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **MERZAK, Rachid**

Date de naissance : **25/05/69**

Adresse :

Tél. : **0642112246**

Total des frais engagés : **# 334,20 #**

Dr. Ilyas EL MORABET
Médecin Généraliste
N° 40, Lot. Jamaâ RDC
Tnine chtouka
Tél: 0666 82 21 51

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **14/11/2023**

Nom et prénom du malade : **merzak Rachid**

Age : **54 ans**

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : **infection urinaire**

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : **Tnine chtouka**

Le : **14/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

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
14/11/2023			112000 DHS	INP : 01613216183 Dr. Ilyas EL MORABET Médecin Généraliste N° 40, Lot. Jamaâ RDC Tning chtouka Tél: 0666 82 21 51

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL HAMDE Dr. LOUCHI YASSER Sect 6 Centre Tnine Chouka Tél : 05 23 30 00 12	14/11/93	134.20

ANALYSES RADIOGRAPHIES

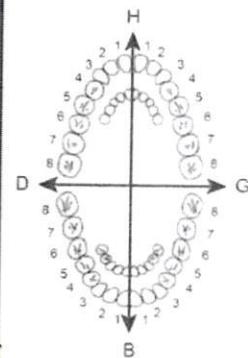
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		112023024	

AUXILIAIRES MEDICAUX

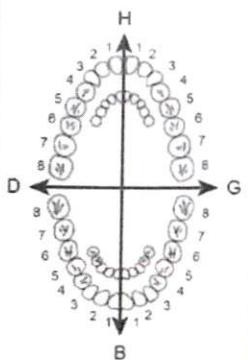
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT D'IMASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



DUPHALAC 66,5%
SOL BUV 200 ML
P.P.V : 45DH40
S. N 118000 010494

Dr. El morabet Ilyas
MEDECIN GENERALISTE

N 40, LOTISSEMENT JAMAA RDC, TNINE CHTOUKA
+212666822151 - ILYASELMORABET95@GMAIL.COM

PATIENT:

Mr Merzak Rachid

DATE: 14/11/2023

PREScription

OBSERVATION

- ① Sepcén 500mg 4 SVSP
1cp x 2/j nct 7 SVSP
- ② Doliprane 1000 4 SVSP
1cp x 3/j 6h
- ③ Duphalac Siro 4 SVSP
1 graduation x 2/j

PHARMACIE EL HAMDI
Dr. LOUCHI YASSIR
5 et 6 Centre Tnine Chtouka
05 23 30 00 12

CACHET
Dr. Ilyas EL MORABET
Médecin Généraliste
N° 40, lot. Jamaâ RDC

٥٠٠ سبب

سيبروفلوكساسين

علبة من 10 أقراص ملبدة
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg
ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés



6

بجـب احـرام الـجـرعـات الـموـصـوفـة

IBERMA

LOT: 05823003
PER: 01/2026 H
PPV: 74.80

Doliprane

Paracétamol 1000 mg

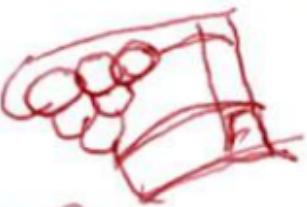
10 Comprimés sécables

DOULEURS & FIEVRE

Adulte

PPV: 14DH00
PER: 06/26
LOT: M1991





75RFM

0604606038

Latifa Hitcham 28

@ Gmail

com