

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M23-0015782

Optique *188702*  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *02602* Société : *retraite Raby*

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *MOUFRIH PRISS*

Date de naissance : *30 JUIL 1953*

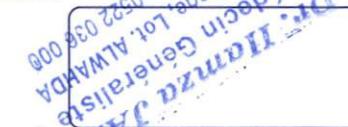
Adresse : *H-252 - 07 EL ou AFA*

ANR. *PEROUA*

Tél. *6642 404633* Total des frais engagés : *1838,80* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : *26/12/2023*

Nom et prénom du malade : *Moufrih Priss* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *HTA + D + 2*

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 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 : *Peroua* Le : *20/12/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

## 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
26/12/2023	Consultation	1	150,-	Le 26/12/2023, le Dr. Alphonse J. M. Générau a été payé la somme de 150,00 € pour la consultation. Dr. Alphonse J. M. Générau

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>LA PHARMACIE RÉGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Imm. 94, 1010 NAIT N°4-DEROUA TÉL: 02 22 51 47 01</p>	26/12/23	1588,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

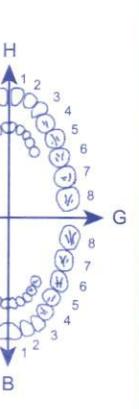
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">-</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> </table>		H	G	D	B	-		35533412	21433552	00000000		00000000		35533411		11433553	B		G
	H	G																		
D	B																			
-																				
35533412	21433552																			
00000000																				
00000000																				
35533411		11433553																		
B		G																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
<b>Coefficient des travaux</b>																				
<b>Montants des soins</b>																				
<b>Date du devis</b>																				
<b>Date de l'exécution</b>																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Deroua, le 9/6/2023 الدروة , في

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BEN YOUSSEF  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA  
Tél: 05 22 47 47 01

269.00 x 3

Covilcan

10.

Monfrith

5.

5.

2.

34.92 x 4

Medecin Generaliste

1.

5.

3.

26.00 x 2

Diclofin

1.

5.

3.

92.10 x 2

Ancef

1.

5.

3.

118.00 x 3

Sinex

1.

5.

3.

130.12 x 2

Bandoléth UNI

1.

5.

3.

252 1er étage, Lot. ALWAHDA 2 En Face du Labo d'analyses médicales Deroua

extra

1.

5.

3.

الهاتف : 05 22 036 000

252 الطريق الأول تجزئة الوحدة 2 أمام مختبر التحليلات الدروة

Dr. Hamza JAMI

LA PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BEN YOUSSEF  
Imm. 94, Lot NAIT N°4-DEROUA  
Tél: 05 22 47 47 01

49.00

7) Flexasat 119.00 mil.

$$n_{app} \times 10^3$$

A circular blue stamp with the letters "S.V." in the center.

1588,80

Meddelelser om Danmarks  
1917-1918  
Det Kongelige Bibliotek  
ALWADHA  
1000 036 000  
Det Kongelige Bibliotek  
1917-1918  
Meddelelser om Danmarks  
Det Kongelige Bibliotek  
ALWADHA  
1000 036 000

A PHARMACIE REGIONALE  
Dr. Saad BENZELLOUN  
Imm. 94, lot NAIT N°4-DEROUA  
INPE: 06 20 74 810

**LA PHARMACIE REGIONALE**  
Dr. Saad BENJELLOUN  
Imm. 94, Lycée NAIT N°4-DEROLLA  
Tél: 05 22 51 47 61  
BPV

PPV

LOT :

PER :

3470

PP

10

PER

3412

PPV: 21DH00  
PER: 11/26  
LOT: M3862

卷之三

PR

L9

W: 342

PPV: 21DH00  
PER: 11/26  
LOT: M3862

1

107

380

AMAREL 3MC  
CP 830  
P.P.V : 92DH1  
L01 : 23E002F  
PER : 05 2026

AN  
CP  
P.

AREL 3MG  
B30  
P.V : 92DH10

48.00

48,00

118

**Pommade**  
**ELEGANT®**

N° CE : 18129/2021/161-2022/COS/DPS/DMP/18  
N° dé lot : F-17  
Date de Fab : 05/23  
Date d'Exp : 04/26  
PPC : 49.00 MAD

# LA PHARMACIE REGIONALE DEROUA

# FACTURE

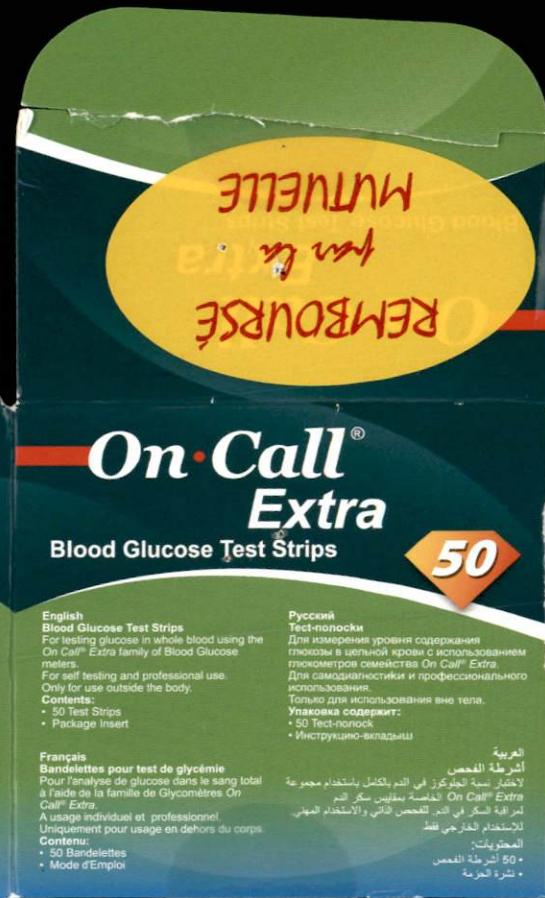
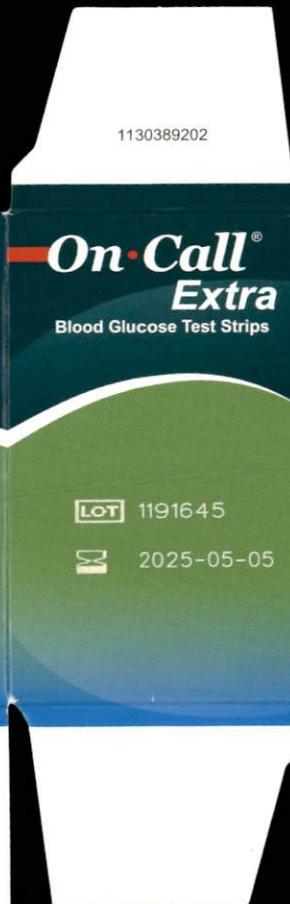
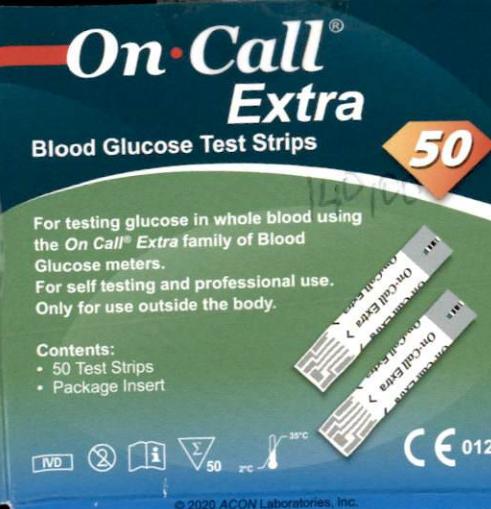
⇒ Mr. Maufrih Driss.

Facture N° : 162843

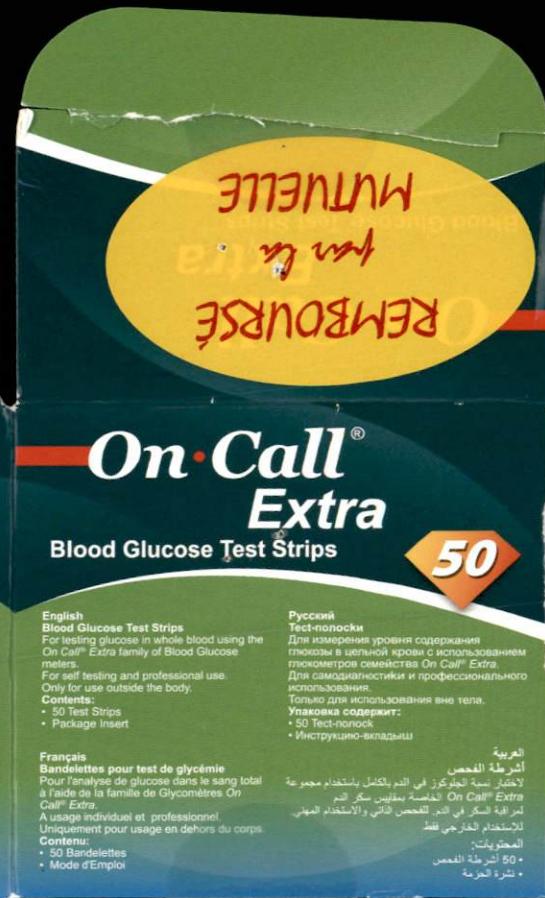
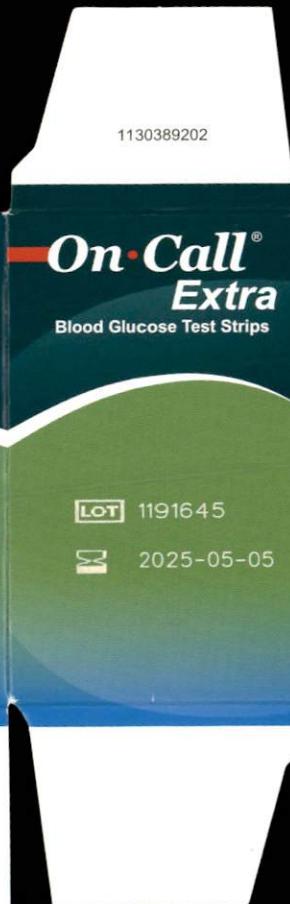
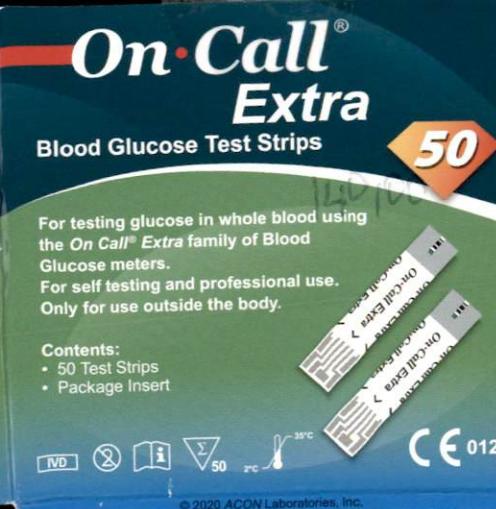
Date: 26.12.23

Arrête la présente facture à la somme de :

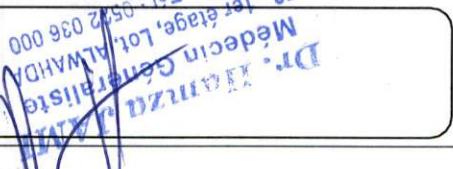
MONTGOMERY	260,-
T.V.A.	
TOTAL T.T.C	



**INFO PHARMA**  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92



**INFO PHARMA**  
10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: + 212 5 22 22 34 07  
+ 212 5 22 22 12 55  
Fax: + 212 5 22 47 45 92

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
<b>Nom et prénom :</b>	<i>MOUFRID DRIS</i>
<b>Matricule :</b>	<i>02602</i>
<b>Adresse :</b>	<i>H-262. ST. EL AAFIA - ANIS - DÉRAÏD</i>
<b>Bénéficiaire de soins :</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
<b>Je soussigne :</b>	<i>Dr. MOUFRID DRIS</i>
<b>N° ICE :</b>	<i>Dr. MOUFRID DRIS</i>
<b>Certifie que Mle, Mme, M. :</b>	<i>Moufrid DRIS</i>
<b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b>	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b> <i>HTA + Diabète Type II    sous THA   TA<sub>2</sub> 17,5/8,2    ADD + Antihypertenseur   GPP. 2,05    Sodria 1.5</i>	
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b> <b>Traitement prescrit :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Amarel 3mg</li> <li>- D'azofen 100mg</li> <li>- Sincé 2mg</li> </ul> <i>Ban delet ONCOT exta    Coveran 10,5    Sodria 1.5</i>	
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b> <b>Fait à :</b> <i>Perouz</i> le <i>12/12/2023</i> / - <b>Cachet et signature du médecin traitant :</b> 	

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

