

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M22- 0015460

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société : 136362
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : OUALAL Halima
Date de naissance : 13/03/1953
Adresse : 2 bis Rue NAHDA Oujda
Tél : 0665275216 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr EL ATTAR Nadia
Spécialiste En Médecine Interne
Vagueur
INP : 061196651
Polyclinique CNSS d'Oujda
Date de consultation : 08 NOV 2017
Nom et prénom du malade : OUALAL Halima Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Hypo Hypertension mdr Bicemen
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 29/11

RELEVÉ 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
27/10/12		1	1500F	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

27/10/12

2049F

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

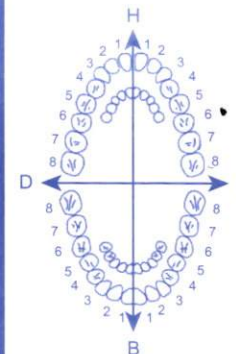
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

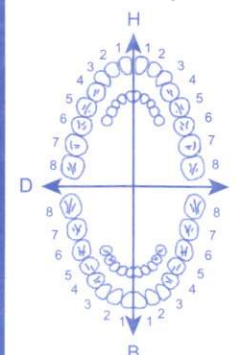
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA

Bd Echouhada

60000 OUJDA

Tél: 0536-68-50-49 Fax: 0536-68-60-11

INPE: 080001480 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 182426	N° SEJOUR : 220035035	FACTURE N° 2202013465		DATE D'ENTREE : 27/10/2022		DATE DE SORTIE : 27/10/2022				
ASSURE :				DESTINATAIRE :						
MALADE : OULAL, Halima		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI		OULAL, Halima						
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :								
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :								
TIERS PAYANT 2 :										
REF. PC 1 :		REF. PC 2 :		E. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C										
CONSULTATION DE SPECIALISTE OU PROFESSEUR	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 10982 DR ATTAR NADIA (MEDECINE INTERNE)	TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		PLAFOND PC :					ACOMPTE:
CENT CINQUANTE DHS		REMISE :	0.00	REGLE :			AVOIR :
		RESTE DU :	150.00				
DATE FACTURE : 27/10/2022	EDITEE LE : 27/10/2022	PAR: BENAOD	ACCIDENT DE TRAVAIL :				
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :		
		Réglement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - OUJDA			
		BANQUE :		BMCE - OUJDA			
		N° compte bancaire :		011570000013210006052792			



وصفة
ORDONNANCE



Le 27 Octo 2022

Nom et Prénom du malade :

M. ouloul Halima

- Urgence 24/24h
- Radiologie 24/24h
- Médecine Générale
- Pédiatrie
- Médecine Interne
- Casta-Hépatologie
- Entérologie
- Réanimation
- Ophtalmologie
- Chirurgie Infantile
- Chirurgie générale
- Traumatologie
- Orthopédie
- Gynécobstétrique
- Laboratoire
- Diagnostics
- Neurologie
- Urologie
- Dermatologie
- ORL
- Hémodialyse
- Néphrologie
- Cardiologie
- Oncologie

PHARMACIE CHU
AL IRFANE
Dr. MA. ROUF Neuro
14, Bd. Jelloul Med Hay Saada
Tél: 05 36 53 22 20 Oujda

24/24h 100 mg 1/12h

Après le matin avant
nps $\alpha = 3$ mois

2. Hydroxy

50,00 1 g 1 mois $\alpha = 3$ ms

T = 20/40

PHARMACIE CHU
AL IRFANE
Dr. MA. ROUF Neuro
14, Bd. Jelloul Med Hay Saada
Tél: 05 36 53 22 20 Oujda

Dr. EL ATTAR Nadia
Spécialiste En Médecine Interne
Vacataire
INP: 081196651
Polyclinique CNSS Touda

03/2023

600KMN

04/2020

EXP:

Lot:

Fab:

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,

comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

03/2023

600KMN

04/2020

EXP:

Lot:

Fab:

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,

comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

03/2023

600KMN

04/2020

EXP:

Lot:

Fab:

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,

comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

03/2023

600KMN

04/2020

EXP:

Lot:

Fab:

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,

comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

03/2023

600KMN

04/2020

EXP:

Lot:

Fab:

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,

comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342

03/2023

600KMN

04/2020

EXP:

Lot:

Fab:

Distribué par: Cooper Pharma, 41
Rue Mohamed Diouri 20110
Casablanca, Maroc Amina Daoudi
Pharmacien responsable

Sous licence: Merck Santé
37 rue Saint-Romain
69379 LYON CEDEX 08

Fabricants:
Merck KGaA,
Frankfurter Strasse 250,
64293 DARMSTADT
Allemagne



1 CP		MATIN
1/2 CP		A JEUN

Respecter les doses prescrites

Liste II - Uniquement sur ordonnance



Levothyrox® 100 µg,

comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

7862160342