

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0044283

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 138954
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0044283

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

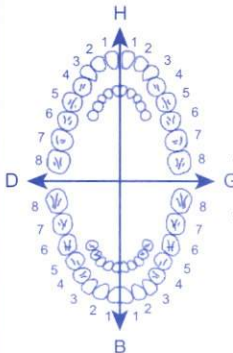
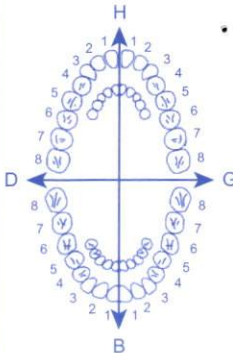
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G ————— 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553		Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
D 00000000	G 00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis											
			Fin d'exécution											
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution												



P 17 / 050326

DATE DE DEPOT

23 / 11 / 2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135	
Nom & Prénom MOHAMMED RGUIEGU			
Fonction Retraite	Phones 0535501309		
Mail HAY ELANGALOUS BO MED ELBOUHLALI N° 82 AND			
MEDECIN	Prénom du patient Samirati Yamin		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1976	Date 31/10/22	
Nature de la maladie NCB		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
5		11000	
PHARMACIE	Date 31/10/22		
Montant de la facture	380,00		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients 2-15	Montant détaillé des Honoraires 11000		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

عيادة جراحة العظام و المفاصل

CABINET DE CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Docteur Nassiri Ahmed

SPECIALISTE EN CHIRURGIE

Orthopédie & Traumatologie

Diplômé de REIMS (FRANCE)

Chirurgie Ostéo - Articulaire (Adulte - Enfant)

Chirurgie de la main

Traumatologie du sport (PARIS)

Maîtrise d'Anatomie & Organogénèse



الدكتور ناصري أحمد

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب برينس (فرنسا)

جراحة و علاج الكسر

جراحة اليد الرجل و الروماتيزم

دبلوم الطب الرياضي (باريس)

شهادة التشريح و علم تكوين الأعضاء

وجدة، في 31/10/22

Oujda, le

Ch Lam roboti
Yameno

Reçu

Compte rendu : 10000

Re Rochis : 10000
Cervical

Télé. Zoom

Compte rendu Re Rochis Cervical
Cervical

Docteur NASSIRI Ahmed
Chirurgien
TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDIQUE
Tél. 05 36 69 01 01 - Oujda

عيادة جراحة العظام و المفاصل

CABINET DE CHIRURGIE TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPEDIQUE

Docteur Nassiri Ahmed

SPECIALISTE EN CHIRURGIE

Orthopédie & Traumatologie

Diplômé de REIMS (FRANCE)

Chirurgie Ostéo - Articulaires (Adulte - Enfant)

Chirurgie de la main

Traumatologie du sport (PARIS)

Maîtrise d'Anatomie & Organogénèse



الدكتور ناصري أحمد

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب برينس (فرنسا)

جراحة و علاج الكسر

جراحة اليد و الرجل و الروماتيزم

دبلوم الطب الرياضي (باريس)

شهادة التشريح و علم تكوين الأعضاء

وجدة، في 24/10/12

Le Laurabti

SV

SV

SV

SV

82,20x2= 1 - Codolipram (2 boites)
 5900 2 - Myoflex gel 1 app 20
 2880 3 - Vitamine Fort 1 p 30
 14900 4 - Flexaxon gelus 1 gelus 20
 7000 5 - Minerale Souple 15 j

Pharmacie AL HIDAYA
 Mme Naima BENLALI
 Docteur Nassiri Ahmed
 1 Rue Sanaa - Hôpital Andalous
 Tél : 06 36 69 01 01 - OUJDA
 INPE : 082005455

Chirurgie Traumatologique
 Docteur NASSIRI Ahmed
 Tél : 06 36 69 01 01 - OUJDA

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMÉS SECABLES



6 118000 040217

28/20

P V 22DH20
PER 17/24
LOT L252

Codoliprane®

Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMÉS SECABLES



6 118000 040217

PPV:22DH20

PER:04/24

LOT:L1605

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

LOT:2206012
FAB:06/2022
EXP:06/2025
PVC:149.00DH



6 111261 530022

LOT:03/22
EXP:07/2025
PPC:59.00DH