

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : ..... Société : ..... *(Signature)*

Actif  Pensionné(e)  Autre : ..... *(Signature)*

Nom & Prénom : *Lechchah Najar*

Date de naissance : *11.12.1958*

Adresse : *BD Moulay Hassan 107 Hmenna NR 13 oujda*

Tél. : ..... Total des frais engagés : *20.460.04* Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



*Dr. Mohamed Najar*  
*21-287164*

Date de consultation : *13.12.23*

Nom et prénom du malade : *Najar Lechchah* Age : *1958*

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... *(Signature)*

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : ..... *(Signature)*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ..... *(Signature)*

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. *(Signature)*

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)*

Signature de l'adhérent(e) : ..... *(Signature)*

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- 0030839

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 : ..... *(Signature)*

Nom de l'adhérent(e) : ..... *(Signature)*

Total des frais engagés : ..... *(Signature)*

Date de dépôt : ..... *(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
14/03/2013	CNP.SY		10200	 Signature in blue ink.

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie BNA Hassan II - 60 000 Oujda 05 36 69 02 25	Mer 31/2023	100,60

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

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

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of circles, each containing a number from 1 to 8. The numbers are arranged as follows:

- Row 1: 2, 1, 2
- Row 2: 3, 4, 3, 4
- Row 3: 5, 6, 5, 6
- Row 4: 7, 8, 7, 8
- Row 5: 8, 9, 8, 9
- Row 6: 7, 6, 7, 6
- Row 7: 6, 5, 6, 5
- Row 8: 5, 4, 5, 4
- Row 9: 4, 3, 4, 3
- Row 10: 3, 2, 1, 2, 3

Arrows indicate movement paths between adjacent circles. A large arrow labeled 'D' points downwards, and a small arrow labeled 'B' points downwards at the bottom right.

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

#### Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE  
MOHAMMED VI-OUJDA  
HOPITAL DE LA SANTE MENTALE  
ET DES MALADIES PSYCHIATRIQUES



للمختبرات الطبية محمد السادس - وجدة  
TCC - I BOXXE CHACCA LIED OEGO - UJA  
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE MOHAMMED VI - OUJDA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي الجامعي  
محمد السادس - وجدة  
مستشفى الصحة النفسية والأمراض  
العقلية

## Hôpital Sans Tabac

### ORDONNANCE وصفة طبية

Oujda, le : ٢٠١٩-٣٠٢٣

Nom prénom :

Najat lechihab

N° de dossier :

Ville :

٤٥٥١٢٣ ٣٩٥٢٥٣

٣٧٦٦١

٢١٣٦

~~Hôpital Sans Tabac~~

٠ - ٠ - ١٥

Sté Pharmacie IBN MACHICH SARL  
ش. صيدلية بن مشيخة  
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda  
Tel. : 05 36 69 02 25

Pris

Sté Pharmacie IBN MACHICH SARL  
ش. صيدلية بن مشيخة  
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda  
Tel. : 05 36 69 02 25

٥ pqt ٥٢

٠ - ٠ - ٣

pqt ٥٢

Pris

اركت

١٣٨٠٠ g Levamosc ١٨

DUREE DE TRAITEMENT :  
RENDEZ-VOUS LE :

٢٥٥٢٣ : مدة العلاج  
الموعد المقابل :

دوعي الاستعمال - موانع الاستعمال : انظر النشرة.

الجرعات: حسب إرشادات الطبيب

نَكِيَّةُ الدُّولَةِ :

أموسيبلين (عل مشكل ترييدرال) ..... 1  
حامض كلاغوليك (عل شكل كلامولانات البوتاسيوم) ..... 125 ملغم

يجب حفظ الانبوب مغلقاً في درجة حرارة لا تتعدي 30 درجة

منورية و بعيداً عن الرطوبة.  
يحفظ بعيداً عن متناول و صرای الأطفال.

میرفونان

**مختبر المستحضرات الطبية شمال إفريقيا - الدار البيضاء - المغرب**  
LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES D'AFRIQUE DU NORD - 21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

**LEVAMOX®**  
16 comprimés effervescents 1g/125mg

DEMC

**LevAMOX® 1g** 125 mg **16** COMPRIMÉS  
EFFERVESCENTS

PPV 157DH00  
LOT 1D029 2  
EXP 02/2024

