

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-769944

158590

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 405	Société : Royal Air Maroc	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Jaber EL Houssine
Nom & Prénom : Jaber EL Houssine		
Date de naissance : 1942		
Adresse : Rte EL Aaouria, bt Talhaoui A3 N°4 Oujda		
Télé : 05 36 74 89 52 Total des frais engagés : # 516,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	04/04/2023
Nom et prénom du malade :	Jaber EL Houssine
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Tendinite I, Adducteur Côte
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.

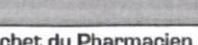
Fait à : Oujda

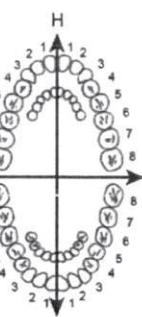
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/04/2023.



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
01/01/2023			Le - Janvier -	 Dr M. AMRI Traumatologue Orthopédiste د. عامری مبارک بوجراحية عظام و المفاصل

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 111, Bd. Rachid Bour Guerasssi Lazaret - OUJDA Tel. : 05 36 74 91 86	04/04/2023	21610

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
					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. PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		B
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
B		B																		
		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"/>																		

Dr. Mbarek AMRI

TRAUMATOLOGUE - ORTHOPÉDISTE

Chirurgie Prothétique - Arthroscopie
Chirurgie de la Main - Chirurgie du Pied
Médecine de Sport - Chirurgie de Sport
Traumato-Orthopédie - Maladies des Os



الدكتور مبارك عامري

أخصائي جراحة العظام

جراحة التعويضية - تنظر المفاصل
جراحة اليد - جراحة القدم
الطب الرياضي - الجراحة الرياضية
أمراض وجراحة العظام

ORDONNANCE

Oujda, le : 04/04/2023

Jaber El Hassine

M. AMRI
و.ج.د. مبارك عامري
Traumatologue - Orthopédiste
جراحة العظام والスポーツ طب
1180006688233

53,-
Arcoxia 90 mg
7 comprimés
P.P.V : 133,00 DH
Distribué par MSD Maroc
AMM 452/16 DMP/21/NTO
120916-1
6 118001 160044

133,00 (2)

NO-DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V : 300DH00
6 118000 061878

3,00 (5)

T = 216,10

Glaçage

① Relaxol

2ip 2xj.

Arcoxia 90 mg

1ip

no dol fen 400

1ip 3xj.

10ml 1j

PHARMACIE RIF
11 Bd Kaddour 00093
Tél: 0520 74 91 12
Dr. Dr. 01171 Nouridrine

INPE: 081168072

Dr. M. AMRI
Traumatologue - Orthopédiste
جراحة العظام والספורט طب
جراحة المفاصل



مصحة الشرق CLINIQUE ACHARK

6, rue Saâd Zaghloul - OUJDA
Tél. : 05 36 68 56 56 / 05 36 69 22 22 / 05 36 69 77 77 / 06 61 14 76 16
Fax : 05 36 70 47 48 / 05 36 68 03 21

Oujda, le 04.04.2023

M : Jaber EL Hazzine

Reçu :

CONSULTATION

300.00 DH

Trois cent dirhams

Dr M. AMRI
Traumatologue - Orthopédiste
طب و أورثopedie
جراحة العظام والكلية
العنق والكتف والذراع
INPE: 081168072