

## 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- 0038487

160 23€

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : OULAL HAUNA  
Date de naissance : 13/03/1953  
Adresse : 2 Bis Rue NABBA Oujda  
Tél. : 0665075016 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 : Rembourse  
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 : Oujda Le : 10/05/2023  
Signature de l'adhérent(e) : 10/05/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
17/04/23	C2			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17 Avril 2023	233,10

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

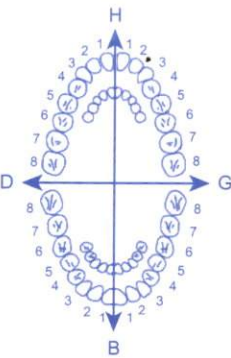
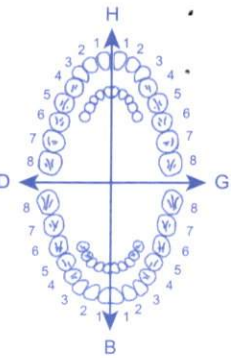
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

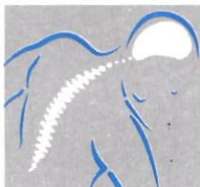
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			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

# PROFESSEUR OULALI NOUREDDINE

Professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Spécialiste en chirurgie Crânienne et Rachidienne  
Spécialiste de la Douleur



البروفيسور والعالي نور الدين  
أستاذ بكلية الطب والصيدلة  
إختصاصي جراحة الدماغ والعمود الفقري  
إختصاصي في الألم



141147421

Le :

17 AVR 2023

86, 40 HAÏMA Oulal.

① Dolio x 90



86, 20 x 1

② Sirdalud 4



30, 00

③ Dolio —



30, 00

④ iento — 3



233, 10

17 Avril 2023

Votre prochain rendez-vous le :



Dr. Noureddine OULALI  
NEUROCHIRURGIEN  
Professeur Agrégé  
Tél : 0536 70 47 93 / GSM : 06 61 63 89 12



noureddine\_oulali@yahoo.fr



RDV : 07 67 16 68 28 - URG : 06 61 63 89 12

# DOLICOX<sup>®</sup> 90 mg

*Etoricoxib*

PPV: 86DH40  
PER: 10/25  
LOT: L3390-2

أدوية س. باخوحي

7 Comprimés pelliculés

voie orale

b

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

bottu

**DOLICOX** 90 mg  
Etoricoxib

7 Comprimés pelliculés



6 118000 041948

# دوليكوكس<sup>®</sup> 90 ملغ

إيتوريكوكسيب

7 أقراص مغلفة

عن طريق الفم

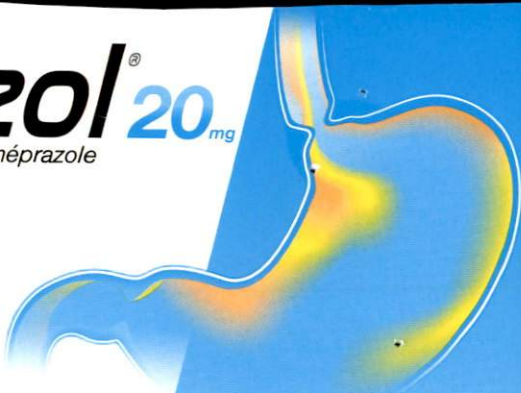
بوتني ب.م.  
82، بر الكازياريناس - عين السبع - الدار البيضاء  
س. اليفلوشني - صيدلي مسؤول

**b**

# Prazol<sup>®</sup> 20<sub>mg</sub>

Oméprazole

PRV: 300H10  
PER: 03/05  
LOT: L3553-3



**7**  
gélules

**b**

bottu<sup>TM</sup>

85, Allée des Casuarinas - Ah Sébba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale

**Microgranules gastrorésistants**

## Composition :

Oméprazole.....20 mg  
Excipients q.s.p.....1 gélule.

## التركيبية :

20 ملغ ..... أوميبرازول  
لبشمة واحدة ..... سواغات ك ك

AMM N° 80/16 DMP/21/NRQr

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

احرصوا الجرعات المحددة

جدول سن (لائحة II) (LISTE II) TABLEAU C

Prazol<sup>®</sup> 20<sub>mg</sub>  
Oméprazole

7 gélules



6 118000 040996

**برازول 20<sup>®</sup> ملغ**  
أوميبرازول



Fabriqué par:

Novartis Ürünleri  
Kurtköy 34912 Istanbul  
Turkey

Titulaire de l'AMM:  
Novartis Pharma Maroc S.A. 82, Bd Chefchaouni. Q.I Ain  
Sebâa 20 590 Casablanca - Maroc.

يصنع من طرف

صاحب الرخصة

SIRDALUD® 4 mg

Comprimés sécables

PPV : 86.70 DH



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترموا للمقادير المصروفة

Liste I - Uniquement sur ordonnance.  
Ne laisser ni à la portée, ni à la vue des enfants.  
لائحة I - يصرف فقط بموجب وصفة طبية  
يحفظ الدواء بعيدا عن متناول الأطفال.

NOVARTIS

**Sirdalud®**  
Tizanidine

**4 mg** 30 comprimés sécables



3001100  
92/25  
14250

# DOLTRAM<sup>®</sup>

37,5 mg / 325 mg

Tramadol / Paracétamol

20 comprimés pelliculés

Voie orale



bottu

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable