

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01948	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	162846
Nom & Prénom : JIBARA Driss			
Date de naissance : 01/01/1947			
Adresse : 05 Rue Mohamed Charnit			
Tél. : 0664557044 Total des frais engagés : # 562,60 # Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr DEERSHAMARKHA Mohammad Spécialité en Chirurgie Vasculaire Peripherique Clinique Achifa, 3 Bd Mohammed Jelloul- Oujda	
Date de consultation : 27/04/2023, 05 36 53 08 08 - 06 54 67 32 30	
Nom et prénom du malade : Age:	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Ischémie critique ab. 150	
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.	

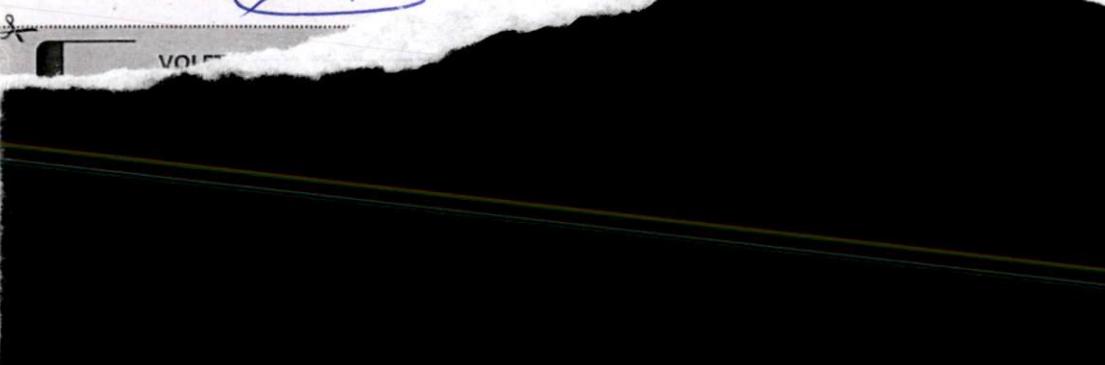
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Oujda

Le : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

*Ch. JIBARA*



### 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
27/04/23	OS		300,00	INP : 021313812

**Dr. DEERSHAMARKHA Mohammad**  
Spécialité en Chirurgie Vasculaire Peripherique  
Clinique Achrafie, 3 Bd Mohammed Velloul- Oujda

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES JARDINS Dr MASSIRI KHALIL 05 35 73 13 93 INPE : 082104886	27/04/2023	262,60

### ANALYSES, RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/04/2023	00,00	00,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

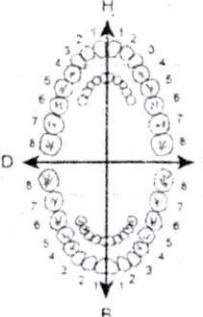
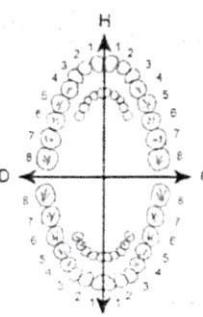
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 :
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000	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"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



27/04/2023

N° Facture : NFU3763AFU20230427

ICE

: 003044909000001

Nom Et Prénom : JBARA DRISS

Acte : CONSULTATION

Code	Désignation	Qt	PU	Montant
1 736	CONSULTATION	1	300,00	300,00
				300,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de trois cents Dirhams

CLINIQUE IBN SINA  
Bd Hassan II Rte Sidi Yahya  
OUJDA Tel 05 36 50 27 10/11  
Fax 05 36 50 27 01

1/1



ORDONNANCE

Oujda, le 27/04/2023 في وجدة

Jbara Driss.

6870

1) Tramadol 300mg LP. 50gt

2gt x 2/1J

pdt 30J

2) paralgin 50gt

50gt x 2 = 100,80 x 2/1J

3) Acypen 15gt 50gt

3070 x 3 = 921J x 2/1J

4) Kudeljic 75gt 50gt

2 sachet/1J

262,60



080003130

PHARMACIE LES JARDINS  
DE LAZARET  
Dr. NASSIRI KHALIL  
05 36 73 13 93

Dr. DEERSHAMARKHA Mohammad

Spécialité en Chirurgie Vasculaire Peripherique  
Clinique Achifae, 3 Bd Mohammed Jelloul- Oujda  
05 36 53 08 08 06 54 67 32 30

pdt 3 mois

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V :30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V :30DH70



6 118000 061847

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V :30DH70



6 118000 061847

PPV 6BDH70

PEN 98127

LOT U4243

من الشوفاني - صيدلي سرور

**Tramal®** L.P.100mg

Chlorhydrate de tramadol

30 comprimés à libération prolongée



6 118000 041399



EXP 03 2025  
LOT D847

# ACUPAN®

Néfopam

5 ampoules injectables

**Mode et voie d'administration**

Voie parentérale : IV, IM.

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

M.A. n°3400932421756



**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**Titulaire/Exploitant : BIOCODEX**

7 avenue Gallieni - 94250 GENTILLY - France



BIOCODEX MAROC  
P.P.V.: 50,90DHS



EXP 03 2025  
LOT D847

# ACUPAN®

Néfopam

5 ampoules injectables

P.P.V. : 50,90DHS  
BIOCODEX MAROC



**Mode et voie d'administration**

Voie parentérale : IV, IM.



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

M.A. n°3400932421756



**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans l'avis  
d'un professionnel de santé

**Titulaire/Exploitant : BIOCODEX**

7 avenue Gallieni - 94250 GENTILLY - France

