

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-797243

*Da
coussi
162839*

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01948

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JBARA

DRISS

Date de naissance :

01/01/1947

Adresse :

05 Rue Mohamed el Charni

Téléphone :

0664 557064

Total des frais engagés : 2455,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Wassim M. EL RABBANI
CARDIOLOGUE
Md. Idriss Al Akbar, imin. Al Mourasithine
Tel. 05 36 70 31 54 - OUDA

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/04/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-797243

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 : 01948

Nom de l'adhérent(e) : JBARA DRISS

Total des frais engagés : 2455,00 Dhs

Date de dépôt : 26/04/2023

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
26/11/2023	CERTS		30.00	INP : 081182156

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES JARDINS HOPITAL CAZARET Dr NASSIRI KHALIL INPE : 082104886	26/10/2023	£155,00

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

(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

Dr WASSIM M. EL RABBANI

CARDIOLOGUE

Ancien Médecin à l'Hôpital Al Farabi - Oujda
Ancien attaché au CHU Hassan II - Fes



د. وسم رحبي

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

طبيب سابق بمستشفى الفارابي - وجدة

ملحق سابق بالمركز الاستشفائي الحسن الثاني - فاس

ORDONNANCE

Nom : Abraha

Oujda, le : 26/11/23

Prénom : Mohamed

$$\begin{aligned}
 3460 \times 5 &= 17300 \\
 5680 \times 5 &= 28400 \\
 3990 \times 3 &= 11970 \\
 3700 \times 3 &= 11100 \\
 15710 \times 2 &= 37420 \\
 + 15410 & \\
 \hline
 & 215500
 \end{aligned}$$

SV SV SV SV SV SV SV SV SV

03
N
SV

PARMACIE LES JARDINS
DE LAZARET
DR. WASSIRI KHALIL
05 36 70 31 54 - 05 36 70 31 54

Dr. Wassim M. EL RABBANI
CARDIOLOGUE
Bd. Mousa Al Idrissi et rue Arrazi, 3ème étage N°5 (Ascenseur) - Oujda
Tél.: 05 36 70 31 54 - GSM : 06 72 73 75 50 - INPE : 081182156



عمراء المرابطين (مقابل مستشفى الفارابي) زاوية ادريس الاكبر وزنقة الرازي. الطابق الثالث رقم 5 (المصعد) - وجدة
Imm. Al Morabitine (en face Hôpital Al Farabi) Angle Bd Idriss Al Akbar et rue Arrazi, 3ème étage N°5 (Ascenseur) - Oujda
Tél.: 05 36 70 31 54 - GSM : 06 72 73 75 50 - INPE : 081182156

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

ALDACTONE 50[®] mg

P.P.V: 56,80 DH



6 118001 170029

LASILIX 40 MG

20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E012

PER. 307 2026

LASILIX 40 MG

20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E014

PER. 307 2026

LASILIX 40 MG

20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E014

PER. 307 2026

LASILIX 40 MG

20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E012

PER. 307 2026

LASILIX 40 MG

20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

LOT : 22E012

PER. 307 2026

BIPROL[®] 5 mg

30 Comprimés pelliculés
sécables



6 118000 121305

39,90

BIPROL[®] 5 mg

30 Comprimés pelliculés
sécables



6 118000 121305

39,90

BIPROL[®] 5 mg

30 Comprimés pelliculés
sécables



6 118000 121305

370,00

Rexaban[®] 20 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072683

370,00

Rexaban[®] 20 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072683

370,00

Rexaban[®] 20 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072683

s 25°C.

Rosuva[®] 10 mg

Promopharm
Rosuvastatine calcium
30 Comprimés enrobés



6 118000 242741

Lot : 22009

Per : 09/24

PPV : 154 DH 10

Rosuva[®] 10 mg

Promopharm
Rosuvastatine calcium

30 Comprimés enrobés

PROMOPHARM S.A.



6 118000 242741