

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

N° W21-794053

163121

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01859 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : ANBI Mohammed
 Date de naissance : 01/01/1949
 Adresse : Rue 6 n° 62 lot ATADAMANE OULFA CASA
 Tél : 05 63 66 84 10 Total des frais engagés : #692,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

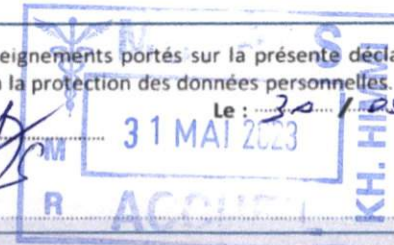
Dr ATOINI Abdelkrim
 Otorhinolaryngologiste
 Résid. Allal Al Fassi Bd. Allal
 Al Fassi Bloc B n° 2 - 2è Et.
 Tél : 05 36 70 66 03 - OUJDA

Date de consultation : 10/05/2023
 Nom et prénom du malade : ANBI MOHANNED Age : 74
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : OTITE AIGUE gauche - RHINITE PHARYNGITE
 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 : Le : 30/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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.

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
10/05/2023	cs	1	250,00	INP : 081015125 Dr. ABDELKRIM Otorhinolaryngologiste 10 AL EASSI Bd. Allal

INP: 081015125

Dr. TOINI Abdelkrim
Otorhinolaryngologiste
Résid. Allal Al Fassi Bd. Allal
Al Fassi Bloc B n° 2 - 2^e Et.
Tél. : 05 36 70 66 03 - OUJDA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHAR - MOUSLIM SARL/AU 25, Boulevard Mohamed V Tél.: 05 36 70 66 03 - 00JDA INPE 114-124	10/05/2023	325 80 DH 4 ME, 40 T=442, 20

PHAR - MOUSLIM
SARL/AU
25, Boulevard Mohamed V
Tel.: 05 88 63 03 03 - 03 03 03 03

08-20-44-124

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant :
des Honoraires

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

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

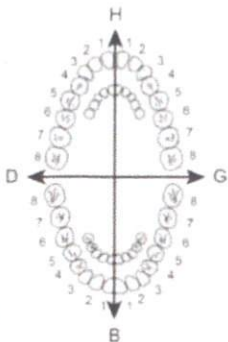
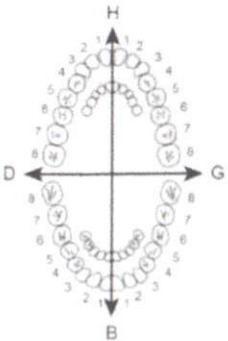
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

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

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	
------------------	--

Coefficient

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The central pier is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The side piers are labeled 'D' on the left and 'B' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The arch is supported by the piers. The diagram is labeled with 'H' at the top, 'D' on the left, and 'R' at the bottom.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

21180

rim

les, Larynx



يد الكريم

نجرة والأذن والفك
أسية، المدوخة، أمراض السمع
نجرة والأذن (مرسيليا)
نجرة والأذن (مرسيليا)

الأنفحة والجهاز التنفسي (باريز)
عن وظائف العصبية والحسية للأذن

- * Certificat d'études Spéciales d'ORL (Marseille)
- * Diplôme de Médecine du Travail (Marseille)
- * Diplôme International d'Homéopathie (Lyon)
- * Diplôme International de Mesotherapie (Paris)
- * DIU de Rhinologie (Paris)
- * DIU Physiopathologie et Explorations des Fonctions Neurosensorielles ORL (Paris)
- * DIU Migraines et Cephalées (Toulouse)
- * Licence en Droit
- * Lauréat du Concours d'accès au 3^{ème} Cycle des Etudes de Droit
- * Expert Assermenté Près les Tribunaux

Oujda, le 10 / 05 / 2023 في

Anbi Mohammed

PPV 116DH40
LOT 29012 4
EXP 10/2024

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules Voie orale

PPV 116DH40
LOT 29012 4
EXP 10/2024

FLOXAM®
Flucloxacilline

500 mg

24 gélules Voie orale

116,40 x 2

(SV)

PHAR - MOUSLIM
SARL/AL
25, Boulevard Mohamed V
Tél.: 05 36 70 66 03

16,30

1- Floxam 500

2 cp 3 fois par jour pendant 03 jours.
puis 2 cp 2 fois par jour pendant 07 jours.

2- Soufrane gouttes nasales

2 gouttes 3 fois par jour pendant 10 jours.

3- Bétadine solution buccale

en gargarismes 3 fois par jour pendant 07 jours.
laisser 03 mn dans la bouche et bien gargariser avant de jeter
mélangé à l'eau.

4- Orapred 20

4 cp en une seule prise au milieu du repas du matin pendant

5- Aller Z

1 cp par jour pendant 30 jours.

6- Polydexa gouttes auriculaires

pour pendant 10 jours (oreille gauche)
mèche sèche après application des gouttes

LOT : 211586
EXP : 11/2024
PPV : 42,70 DH

MOUSLIM
AU
Mohamed V
063-OUJDA

Dr ATO
Otorhin
Laryngologie
Boulevard Mohamed V
B N° 2, 2^{ème} Etage (à côté Souk Mel
Tél.: 05 36 70 66 03

PPV 21DH30 EXP 07/2025
LOT 25013 1

Betadine®
Polyvidone iodée
solution

LOT : 220506
EXP : 04/2025
PPV : 23,00 DH

LOT : 220506
EXP : 04/2025
PPV : 23,00 DH

60,00

فاسي، شارع علال الفاسي، بلوك B رقم 2، الطابق الثاني (قرب س
ssi, Bd. Allal Al fassi, Bloc B N° 2, 2^{ème} Etage (à côté Souk Mel
66 03 - GSM : 06 62 09 13 32 - E.mail : atoini_abd