

# 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

- 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° W21-797267

169101

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01948

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : J.BADA DRISS

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 05 Rue N. El Housse d'charouf

Tél. : 0661457044

Total des frais engagés : 107500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/2023

Nom et prénom du malade :

Age : 76

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

J.C. diabète

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 : 05/07/2023

Le : 06/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ch.1

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-797267

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) : J.BADA DRISS

Total des frais engagés : 107500 Dhs

Date de dépôt : 06/07/2023

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMONIE DES JARDINS</b> <b>1 DE LAZARET</b> <b>OU NASSIR KHALL</b> <b>05 35 73 13 93</b> <b>INPE : 082104886</b>	06/07/2023	37500

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

**VOLET ADHERENT**

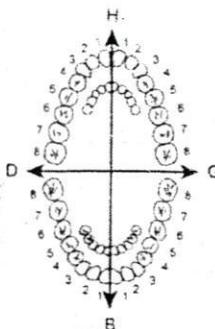
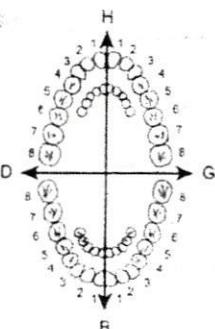
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		<table border="1" data-bbox="1507 919 1720 1046"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		G																			
25533412	21433552	00000000	00000000																		
D		B																			
00000000	00000000	35533411	11433553																		
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

**CLINIQUE ISLY**  
MEDICO-CHIRURGICALE



12, rue Abdelaziz TAALIBI, Oued Ennachef  
Tél.: 05 36 70 07 01 / 02 - Fax: 05 36 70 02 49

OUJDA

**مصحة إسلي**  
**للطب والجراحة**

12، زنقة عبدالعزيز التعالبي، واد الناشف  
الهاتف: 05 36 70 02 49 05 36 70 07 01/02  
وحدة

Oujda, le 06/07/23  
وجدة، في

N° 2 Jbara Dkin

17000  
1 OFIKEN 4 200

17000  
17426 x 8  
SV

**OFIKEN® 200 mg**  
Céfixime  
Boîte de 16 comprimés Remboursable AMO  
6 118000 022343

LOT 230721  
EXP 02 25  
PPV 170.00 DH

20500  
TAVANIC 500 mg / 6 de 74  
6 17426 x 5

37500

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebâa Casablanca  
Tavanic 500mg, cp pel b7  
P.P.V : 205.00 DH  
6 118001 080830

**CLINIQUE ISLY**  
12, rue Abdelaziz TAALIBI  
Tél.: 05 36 70 07 01/02  
Fax: 05 36 70 02 49 - Oujda

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

CLINIQUE ISLY - OUJDA  
TÉL: 05 36 70 07 01/02  
CLINIQUE ISLY - ALLERGOGIE  
Médecins des Maladies des Poumons  
L'EPIDÉMIE DE RÉGARDS  
L'EPIDÉMIE DE RÉGARDS

**CLINIQUE ISLY**

MEDICO-CHIRURGICALE

12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef

Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax: 05 36 70 02 49

OUJDA



مصحة إسلي

للطب والجراحة

12 زنقة عبدالعزيز الشعالبي، واد الناشف

الهاتف: 05 36 70 02 49 - 05 36 70 07 01/02 - الفاكس: 05 36 70 02 49

ومنطقة

Oujda, le ٢٦/١٢/٢٠١٣

ومنطقة

Dr. Jbara Dr. Amr

### **COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE**

1 AC : SL de la poitrine

2 LR : plan de poitrine

abdo -



CLINIQUE ISLY - OUJDA  
TÉL: 05 36 70 07 01/02  
FAX: 05 36 70 02 49  
Dr. Jbara

**CLINIQUE ISLY**

12, rue Abdelaziz TAâLIBI

Tél: 05 36 70 07 01/02

Fax: 05 36 70 02 49 - OUJDA

# CLINIQUE ISLY

MEDICO-CHIRURGICALE

12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef  
Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax: 05 36 70 02 49

OUJDA

ICE: 001710110000097



Oujda, le

06/07/23

## FACTURE

Nº 004220

Nom : J. B. ARA

Prénom: Dr. I. S. S.

Consultation: Dr. I. S. S. Radiologiste

Montant (en chiffres): 700 DA

Arrêtée la présente Facture à la somme de: 700 DA Septembre

Cachet et signature

CLINIQUE ISLY

12, rue Abdelaziz TAALIBI

Tél: 05 36 70 07 01 / 02

Fax: 05 36 70 02 49 - OUJDA