

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

M23-002829

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01948 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : JBARA Dina  
 Date de naissance : 01/01/1947  
 Adresse : 05, Rue Mohamed Charnit Oujda  
 Tél : 0664 517 044 Total des frais engagés : 137,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. EZZEROUJ Abdelhak Spécialiste des Maladies des Poumons TUBERCULOSE - ALLERGIE - N° 081097842  
 Date de consultation : 09/06/2023  
 Nom et prénom du malade : JBARA Dina Age : 76  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Endophtalmie + Ptosis  
 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 : 09/06/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- 0002829

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 Dina  
 Total des frais engagés : 137,40 Dhs  
 Date de dépôt : 09/06/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
09/06/23	C		2000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE IBN BADIS</b> Dr. Latifa BABA Angle Rue Abdelhamid Ibn Badis et Rue Ibn Zaydoun N° 36 Tél. 05 36 71 16 68 - OUJDA	09/06/2023	33740

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>CLINIQUE ISLY</b> 12, rue Abdelaziz TAALIBI Tél: 05 36 70 07 01 / 02 Fax: 05 36 70 02 49 - OUJDA	09/06/23	Rx 21	2000

# 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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VOLET ADHERENT

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

**CLINIQUE ISLY**  
MEDICO-CHIRURGICALE



مصحة إسلي  
للطب والجراحة

12, rue Abdelaziz Taàlibi - Oued Ennachef

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

Oujda

12 زنقة عبد العزيز الثعالبي، واد الناشف

الهاتف: 05 36 70 07 01/02 فاكس: 05 36 70 02 49

وجدة

Oujda, le 09/12/23 وجدة في

N° 7 bara Olin

**COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE**

7 Dec. Control y the + 17/12/23  
de Hugué S. M.

2/2/24 Rhinisc ph 2  
amph - abh - 4

**CLINIQUE ISLY**  
12, rue Abdelaziz TAALIBI  
Tél: 05 36 70 07 01/02  
Fax : 05 36 70 02 49  
Dr. EZZEIN  
Spécialiste des Maladies des Pouxons  
TUBERCULOSE-ALLERGLOGIE  
IMP : 081997842  
CLINIQUE ISLY - Oujda



# CLINIQUE ISLY

## MEDICO-CHIRURGICALE



مصحة إسلي  
للطب والجراحة

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

OUJDA

12, زنقة عبدالعزيز العالبي، واد الناشف  
الهاتف: 05 36 70 07 01/02 الفاكس: 05 36 70 02 49  
وجدة

Oujda, le 09/06/23. وجدة، في

John & Ann

19790

1 (Broncote)



2 min

13950

Leblox 4

33740

à l'usage de la



PHARMACIE IBN BADIS  
Dr. Latifa BABA  
Angle Rue Abdelkrim Ibn Badis  
et Rue Ibn Zayoun N° 36  
Tél. 05 36 71 16 88 - OUJDA

Lot: LC69132  
07 2024  
Per:

PPV : 197 DH 90  
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRQ

BRONCOTEC® 12 µg  
60 gélules pour inhalation



6118001380220

AMM : 470/16DMP/21/NNP

Leffox PHARMA 5° 500 mg  
Boîte de 10 comprimés pelliculés



6118000095415

LOT : 8121  
UT. AV : 04-25  
P.P.V : 139 DH 50

CLINIQUE ISLY  
EZZEROUJ ALJABER  
Spécialiste des Maladies des Poumons  
PNEUMOLOGIE - ALLERGIE  
Tél : 05 36 70 07 01  
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 09/06/2023

**FACTURE**

**N° 001601**

Nom : JBARA

Prénom: DRISS

Consultation: G & Rx

Montant (en chiffres): 400 DM

Arrêtée la présente Facture à la somme de: quatre cent

Cachet et signature

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