

# 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.

**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 : J.BARA Driss

Date de naissance : 01/01/1947

Adresse : 05, Rue Mohamed Charni

Tél. : 0664 557 044

Total des frais engagés :

137,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/06/2023

Nom et prénom du malade : J.BARA Driss Age : 76

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Fumage + Plume

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) : C. B. I.

### VOLET ADHÉRENT

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) : J.BARA Driss

Total des frais engagés : 137,40 Dhs

Date de dépôt : 09/06/2023

Autorisation CNPD N° : A-A215 / 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		90.000	Dr. ZZERY Malade de la maladie de l'ALLERGIE N° : 180007842 Signature : 12, rue Abdelaaziz TAAIBI 65 36 70 07 01 / 02 02 49 - OUIDA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE IBN BADIS Dr. Latifa BABA Angle Rue Abdellahid Ibn Badis et Rue Ibn Zaydun N° 36 Tél. 05 36 71 16 68 - OUJDA B.P.H.	33740	09/06/2023

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 CLINIQUE ISLY 23 rue Abdelaziz TAALIB 93790701702 OUJDA	09/06/23	Rx Z15	20000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 PAIS 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
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	G	Coefficient des travaux
	D	00000000   00000000 35533411   11433553	B	Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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 عبد العزيز الشعلبي، واد الناشف  
الهاتف: 05 36 70 02 49 فلكس: 05 36 70 07 01/02  
وجدة

Oujda, le 09/6/23 وجدة في

D' Zbara Oujda

**COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE**

→ Re. Cerv. ph + RTA  
se hyperl. m.

lun phine ph l  
cerv abd r

**CLINIQUE ISLY**

12, rue Abdelaziz TAâLIBI  
Tél: 05 36 70 07 01/02  
Fax: 05 36 70 02 49

Dr. EZZERACHE  
Spécialiste de ONG & Maladies des Poumons  
TUBERCULOSE-ALLERGOLOGIE  
CLINIQUE ISLY - OUJDA  
IMP. 684997842

# 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

OUDJA

12، زنقة عبد العزيز التعالبي، واد الناشف

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

و جهة

Oujda, le 01/11/23

ج بوز دين

19790

1 (Broncotee



2 min

18h (10/11)

13950

Leflox 4

33740

14h 11/11/23 متج

à vendre

PHARMACIE IBN BADIS  
Dr. Latifa BABA  
Angle Rue Abdellatif et Rue Ibn Zaydoun N° 36  
Tél. 05 36 71 16 68 - OUJDA

CLINIQUE ISLY

12,

Fax

Lot : LC69132

07 2024

Per :

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

AMM : 470/16DMP/21/NNP

Leflox PHARMA 500 mg  
Boîte de 10 comprimés pelliculés



6 118000 095415

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



EZERROUQ ALBUSTOURI  
Spécialiste des maladies des Poumons  
ECUL SÉPALLERGOGIE  
INE : 06 097802  
OUJSLY - OUJDA

BRONCOTEC® 12 µg  
60 gélules pour inhalation



6 118001 380220

# 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 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de: Quatre cent

Cachet et signature

CLINIQUE ISLY

12, rue Abdelaziz TAâLIBI  
Tél: 05 36 70 07 01/02  
Fax: 05 36 70 02 49 - OUJDA