

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 000390 175129

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1325 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JAADANE med

Date de naissance : 14/03/1950

Adresse : 24, Rue Al Fostank bn jlg

Tél. : 063609004 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/9/2023

Nom et prénom du malade : Tepti Fahy. Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
11/05/22	G		Cachet	

attestant le Paiement des Ac

Dr. YANE LOUH
Centre de Référence Préfectoral
Diabétologie et Maladies Chroniques
SM: 06 61 61 96 66 - Oujda

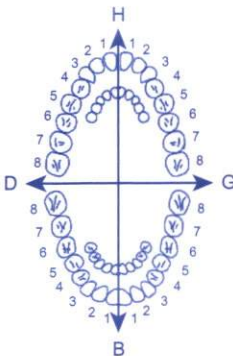
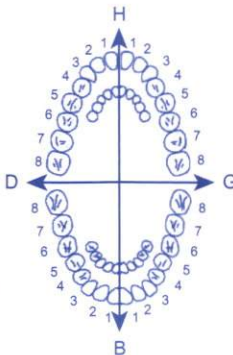
[illegible][illegible][illegible]

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																																											
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																										
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																										
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																										
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																										
	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																										
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> B </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> <td rowspan="2" style="vertical-align: top;"> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 20px;"></td> </tr> </table>				H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>		B				(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>									DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>											
	H <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 25533412 21433552 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div>		G <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 00000000 00000000 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 35533411 11433553 </div>																																											
	B																																													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																									
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>																																									
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" 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 :

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTERE DE LA SANTE
DELEGATION PREFECTORALE
D'OUJDA/ANGADS
CENTRE DE REFERENCE
PREFECTORAL DE
DIABETOLOGIE ET MALADIES
CHRONIQUES



المملكة المغربية
وزارة الصحة
مندوبية عمالة وجدة/أنجاد
مركز التوجيه الإقليمي
لداء السكري والأمراض
المزمنة

ORDONNANCE

11/9/23

M^{re} Telti - Fatima

458-50x3 Co. Veprom **S.V.** 474-00

10-30x5 Daliprone bio **S.V.** 54.50
A 81; 203 mg
Tra 21.

PHARMACIE ESSAOURA
Dr OUALI Lamia
227, Bvd Mohammed VII/Tel: 0536681500
INPE : 082027574

PHARMACIE ESSAOURA
Dr OUALI Lamia
227, Bvd Mohammed VII/Tel: 0536681500
INPE : 082027574

Dr. EL HANE LOHIF
Centre de Référence Préfectoral
Diabétologie et Maladies Chroniques
SSM : 06 61 61 96 66 - Oujda

PARACETAMOL

500 mg



Adulte et enfant
à partir de 27 kg

PPV:10DH30

PER:03/25

LOT:L1134

PPV:10DH30

PER: 08/25

LOT: L2782

Doliprane®

PARACETAMOL

500 mg



**Adulte et enfant
à partir de 27 kg**

PPV:10DH30

PER: 04/26
LOT: M122

LOT:M1361

PPV:10DH30

PER: 03/26

LOT:M755

PPV:10DH30

PER:01/26

LOT:M369

300mg/12,5mg

Irbésartan/Hydrochlorothiazide



28 Comprimés pelliculés

158,00

158,00

158,00

[illegible]