

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Cr

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>BOURA 2408</b>	Société :	<b>BOUARDELLAH chrofa 177463</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BOUARDELLAH chrofa</b>			
Date de naissance : <b>3/9/69</b>			
Adresse : <b>26 rue chophacine - Gujda</b>			
Tél. : <b>0666120549</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :	<b>Dr. HATHOUT Karim</b> <b>Médecin</b> <b>Centre d'Addictologie - Oujda</b>	
Date de consultation : <b>16 AOUT 2023</b>	<b>16 AOUT 2023</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Boabdellah chrofa</b>		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age: ..... <b>My 60</b>
Nature de la maladie :	<b>Probl digestif</b>		
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 : ..... **Gujda** Le : ..... **16/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Y. Eloufi**

RELEVE 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
16/08/2023	C	G		INP : 0811201943 Dr. HATHOUT Karim Médecin Centre d'Addictologie - Oujda

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Formasseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature Pharmacien</i> Tél : 0526 610043 118	16/08/2023	779,50

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

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 : _____
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	21433552			
00000000	00000000			
D	00000000			
35533411	11433553			
B				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

ROYAUME DU M.  
MINISTÈRE DE LA  
CENTRE D'ADDICT

OUJDA



Oujda, le : 16 AOUT 2023

Nom :

Borab dellah chrifa

N° :

Ex

144,10 X2

(1) MÉZOR 20 ~ S.V

59,10 X3

(2) ALPERIDE 60 ~ S.V

1 - 1 - 1

pft 3 mois

20/09/23  
565 (3b)

pis

o - 1 - 1

pft 3 mois

ps

gl 7g

89,00 X3

(3) DS Norm gl

3gft 6 mois

S.V

Dr. HATHOUT Karim  
Médecin  
Centre d'Addictologie - Oujda



Centre d'Addictologie - Oujda - Tél. : 0536 53 29 36

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
مركز طب الإدمان  
وجدة

الجهة  
دارج ابريس 1  
العنوان: 1  
النوع: 43-09 / Fax: 0536 73 27 57

LOT 221632  
EXP 08/2024  
PPV 144.50DH

Ministère de la Santé  
Délégation Préfectoral  
Oujda  
Centre d'Addictologie  
RDV le : .....

PPV 144.50DH  
LOT 221632  
EXP 08/2024

43,50

(4) My last visit memo

S.V.

1 app - 2f rd 21 jui 15

779,50



Lot: 230285  
A consommer  
avant le: 03/2026  
PPC: 89,50 DH

صيدلية مولوي ادريسي  
شارع ابراهيم ابيه - وجدة  
Tel: 0536 68 63 99 / Fax: 0536 73 27 57

Dr. HATHOUT Karim  
Médecin  
Centre d'Addictologie - Oujda



14 523 1423  
14 523 1450  
50,50

14 523 1423  
14 523 1450  
59,50

59,50