

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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- N° 0031500

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SCA ou KH NATA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 182812 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : _____ / _____ / _____

Nom et prénom du malade : _____ Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : _____

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) : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M23- N° 0031500

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 : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

PR4FR05/V20-10-2023
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a circular DNA molecule with 24 numbered nodes arranged in four distinct arcs. The nodes are labeled with numbers from 1 to 8, repeated twice in each arc. The molecule is oriented by two large arrows: one pointing upwards through node 1, and another pointing downwards through node 1, indicating its circular nature.

[Création, remont, adjonction]
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		L'EXECUTION

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

Coemier

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016365

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1856	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		SLAOUI KHATA	
Adresse :		Date de naissance : 21/9/56	
Tél. : 061 820 500		Total des frais engagés : 158,40 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr GUEMMI Abdelmajid NEUROPSYCHIATRE Bd. Allal Ben Abdellah - OUJDA			
Date de consultation : 10/11/2023			
Nom et prénom du malade : BELGHIZI Rihane Age: 13			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Dépression			
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 : 05/11/2023 Le : 10/11/2023
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016365

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONDRAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
M10az	CS	CS	 3000MMI - 1000EUR/PA
			0810687

10/11/2023

63

~~300 SUMMI Abdellmajeed
NEUROPSYCHIATRE
Bd. Attaf Ben Achour
Tunisie~~ 0810689

~~INPE 081068124~~

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Catégorie du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ZAKRAOUI MOHAMED PHARMACIE LA CLINIQUE INPE: 082037185 32, Bd. Med. Belakhdar - OUJDA Tél: 0536 70 47 96 / GSM: 0661 09 02 32	10/11/2013	268,40.

Dr. ZAKRAGUI MOHAMED
PHARMACIE LA CLINIQUE
INPE: 08203/185
32, Bd. Med. Bellakhdar - OUJDA
Tél: 0528 70 47 95 / GSM: 0661 09 02 22

10

Montant de la Facture

10/11/2023

258,40

ANALYSES - RADIographies

Cocher et signer du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLUME AGREEMENT

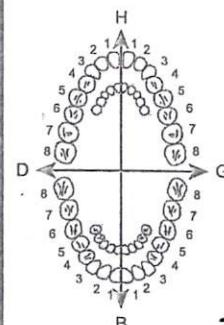
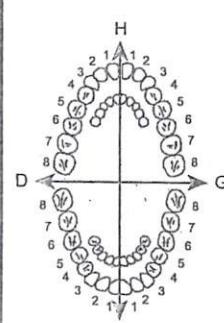
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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. PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

Docteur Abdellmajid GUEMMI

Neuro-Psychiatre

Pour Adultes & Enfants

Diplômé d'Alcologie et de Toxicomanie

ELECTROENCEPHALOGRAPHIE

Lauréat des Universités de Paris I.D.F

الدكتور عبد المجيد كعبي
الاختصاصي في الأمراض النفسية والعصبية
جاز في علاج الإدمان على الحمر والمخدرات
الرسم التخطيطي للدماغ
خريج جامعات باريس

Oujda, le

10/11/2023

3 - 1
1 9 9
1 9 9

BELGHAZI Khnata

38,70 LAROXYL 25 1 0 1 x 4 mois

URBANYL 10 0 1/2 1 x 4 mois

741,10 LYRICA 25 1 0 1 x 1 mois

Puis 0 0 1 X 4 MOIS

56,60 STILNOX 10 0 0 1 x 4 mois

22,00 CEDOL 1 1 1 x 10 jours

258,40

Dr. ZAKRAOUI MOHAMED
PHARMACIE LA CLINIQUE
32, Bd. Abd. Bellakhdar - OUJDA
Tél.: 0636 70 47 95 / GSM: 0661 09 82 32

Dr. ZAKRAOUI MOHAMED
PHARMACIE LA CLINIQUE
32, Bd. Abd. Bellakhdar - OUJDA
Tél.: 0636 70 47 95 / GSM: 0661 09 82 32

Dr. ZAKRAOUI MOHAMED
PHARMACIE LA CLINIQUE
32, Bd. Abd. Bellakhdar - OUJDA
Tél.: 0636 70 47 95 / GSM: 0661 09 82 32

Dr. ZAKRAOUI MOHAMED
PHARMACIE LA CLINIQUE
32, Bd. Abd. Bellakhdar - OUJDA
Tél.: 0636 70 47 95 / GSM: 0661 09 82 32

إقامة فرح - زاوية شارع محمد الخامس وعلال بن عبد الله - الطابق الرابع - الهاتف : 05 36 68 91 07 - وجدة

Résidence FARAH - Angle Bd. Mohammed V et Bd. Allal Ben Abdellah 4^e Etage - Tél. : 05 36 68 91 07 - OUJDA

Lyrica® 25 mg - 56 gélules

P.P.V : 141,10 DH



6 118001 170647

22,00

GEL

6 118001 040384

LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)

60 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV: 38 DH 70

STILNOX 10MG

CP PEL SEC 820

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

01/2020
PER 14/04/2027