

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.

N° W21-704221

283014

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2074	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENAMAR MOHAMMED			
Date de naissance : 15/07/1953			
Adresse : HAYEL MOHAMMADI LOT EL OUAHDA RUE KHALID IBN EL OVALID N° 15 ougda			
Tél. : 06 72 87 39 01	Total des frais engagés : 932	Dhs	

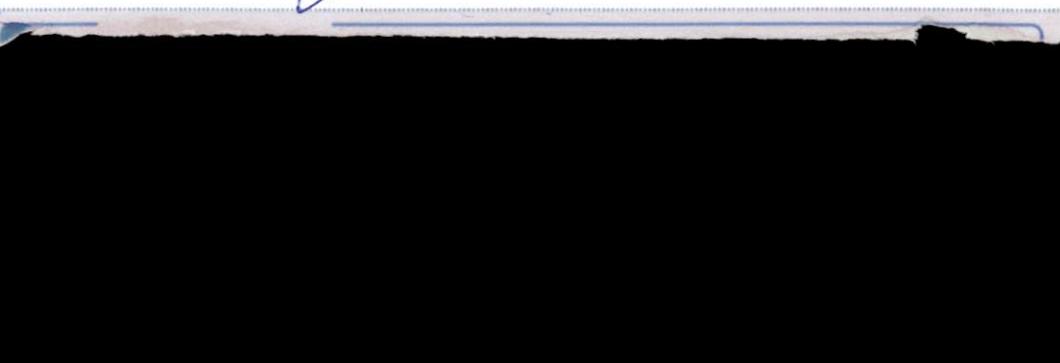
Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :
Dr ABOUZAÏD SAÏD UROLOGUE 100, Av.Allal Ben Abdellah OUJDA.TEL:05 36 68 80 04
Date de consultation : 10 Octo 2023
Nom et prénom du malade : BENAMAR DE 70 ans
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Prostastisme et Hypertrophie Vinciale
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 : 15/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :



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
10 Oct 2023 06/11/2023 CS	G	1	250,00-	INP : [REDACTED] DRABOUZI SAÏD DENTISTE 100 AV. ALLAL BEN HADJ DIA OUJDA - 0538 68 80 04

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE TENNIS Dr CHAKI An-Eddine Rte Moudia B3 - N°19 Tél: 0538 68 06 02 - OUJDA INPE: 082055963	10/10/23	239,50
	06/11/23	442,50

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	D 00000000 35533411	G 00000000 11433553
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				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

Dr. Said ABOUZAID

Diplome de la Faculte de Medecine de Lyon France



UROLOGIE
ECHOGRAPHIE URO-GENITALE
ANDROLOGIE

الدكتور سعيد أبو زيد

خريج كلية الطب بليون - فرنسا

جراحة الكلى و المسالك البولية
التناسلية - العقم و الاضطرابات
الجنسية
إيكوغرافيا

05 36 68 80 04

Oujda, le وحدة في

06/11/2023

BENAMAR MHAMMED

14750 x 3
44250



- IPROST 10 (Alfuzosine): 1CP après dîner x 3m

PHARMACIE TENNIS
Dr CHAH Eddine
Rte Maghraoui - N°19
INPE: 0820 55963

DR ABOUZAID Saïd
UROLOGUE
100, Av. Allal Ben Abdellah
OUJDA - TEL: 05 36 68 80 04

Centre de Lithotritie Extra Corporelle مركز تفتيت حصى الكلى بالموجات التصادمية الليزر

مستعجلات 24/24 س اتصلوا بمحصة وجدة الهاتف : 05 36 68 78 17/16
Urgence 24/24H. Contactez Clinique Oujda - Tel:05 36 68 78 17/16

Dr. Said ABOUZAID

Diplome de la Faculte de Medecine de Lyon France



UROLOGIE
ECHOGRAPHIE URO-GENITALE
ANDROLOGIE

الدكتور سعيد أبو زيد

خريج كلية الطب بليون - فرنسا

جراحة الكلى و المسالك البولية
التناسلية - العقم و الاضطرابات
الجنسية
إيكوغرافيا

05 36 68 80 04

Oujda, le وجدة، في

10/10/2023

BENAMAR MHAMMED

١٤٩٥٠

- IPROST 10 (Alfuzosine): 1CP après dîner x 1m

٥٢٠٥٠

- OXYMAG 375: 1Cp le soir x 30j

T 23950

PHARMACIE TENNIS
Dr CHAKI Zin-Eddine
Rte N°108 - N°19
Tél: 0536 06 02 - 02 DA
INPE: 08 205 5963

DR ABOUZAID Saïd
UROLOGUE
100, AV. Aït Ben Abdellah
OUJDA - TEL: 05 36 68 80 04

مركز تفتيت حصى الكلى بالموجات التصادمية الليزر Centre de Lithotritie Extra Corporelle

مستعجلات 24/24 س اتصلوا بعمصه وجدة الهاتف : 05 36 68 78 17/16
Urgence 24/24H. Contactez Clinique Oujda - Tel: 05 36 68 78 17/16



LOT/EXP:

081E
02 2025

IPROST LP

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPV 147.50 DH
LABORATOIRES SOTHEMA

30 comprimés à libération prolongée

IPROST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée

AMM N° 34/11/DMP/21/NNP



6 118001 071548

LOT/EXP:

082E
05 2025

IPROST LP 10 mn

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPV 147.50 DH

30 comprimés à libération prolongée

IPROST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée

AMM N° 34/11/DMP/21/NNP



6 118001 071548

LOT/EXP:

082E
05 2025

IPROST LP 10 mg

CHLORHYDRATE D'ALFUZOSINE

PPV 147.50 DH

30 comprimés à libération prolongée

Voie orale