

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0015461

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2591 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OULAL HALIMA

Date de naissance : 13/03/1953

Adresse : 2 Bis Rue NAHDA Oujda

Tél. : 0665075016 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL ATTAR Nadia
Spécialiste en Médecine Interne
Diabète - Diététique - Echographie
Rue Chetchaouen, Résid. Mehdi N°2, 1er Etg
OUJDA - Tél: 0536 69 63 06 / GSM: 0615 86 41 31

Date de consultation : 17 JAN 2024

Nom et prénom du malade : Oulal Halima Age : 70

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie : Diabète + Hypertension

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 : 29/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : 29/01/2024

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
2 JAN 2021			300 DH	Dr. EL ATTAR Nassim Spécialiste en Médecine Interne Diabétologie - Diététique - Echographie Rue Chefchaouen, Résid. Mehdi N°2, 1er Etg OUJDA - Tél: 0536 69 63 06 / GSM: 0615 86 41 31

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/01/21	357,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature 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	

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	
COEFFICIENT DES TRAVAUX			<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS			<input type="text"/>	
DEBUT D'EXECUTION			<input type="text"/>	
FIN D'EXECUTION			<input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>21433552</div> </div> <div>00000000</div> <div>00000000</div> </div> <div> <div>D</div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div> <div>G</div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> <div>B</div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS			<input type="text"/>	
DATE DE L'EXECUTION			<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL ATTAR Nadia

Spécialiste en médecine interne
Lauréate de faculté de médecine
et de pharmacie de Rabat.

Maladies de système et maladies de sang
Maladies rhumatismales
Inflammation chronique des articulations
Maladies auto immunes
Diabétologie
Echographie
Nutrition thérapeutique



الدكتورة العطار نادية

اختصاصية في الطب الباطني
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط

الامراض المجموعية و امراض الدم
أمراض الروماتيزم
الالتهابات المزمنة للمفاصل
أمراض المناعة الذاتية
مرض السكري
الفحص بالصدى
التغذية العلاجية

Oujda , le 12/01/2024 في وجدة

ORDONNANCE

Mme OULAL HALIMA

2440 x 6 = 146,40

LEVOTHYROX 100: 2 cp /j le matin avant repas x 3 mois

HYDROXO : 1 inj / mois en IM X 3 mois

D CUR FORTE : 1 amp / mois x 2 btes

VOLTARENE 75 : 1 cp / j au cours des repas x 1 btes

MYANTALGIC : 1 cp x 2/j x 10 j

Rue Chefchaouen, Résidence Mehdi- 1 étage, n 2-Oujda
Au dessus du café Ô régal

شارع شفشاون، إقامة مهدي - الطابق 1 رقم 2- وجدة
فوق مقهى أوريفال

+2126 15 86 41 31

+2125 36 69 63 06

INPE



081196651

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés

PPV 29DH50 EXP 05/2025
LOT 33021 1

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 030408
VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés
PPV: 75,20 DH

احتفظ بالوقت الذي يتناول فيه الدواء وتأكد من أن يكون مع الطعام.
تأخير خارج من الحقيبة، وبعدها من رؤية الأطفال.
Liste II - Uniquement sur ordonnance.
Tenir hors de la portée, et de la vue des enfants.

احفظ مواعيد الجرعات الموصوفة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

prescription sur ordonnance



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342



6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

7862160342

Fabriqué par : **SMB**
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique.



6 118001 320103

Remboursable

10

PPV: 49,60 DH
LOT: 23G11
EXP: 07/2026

Fabriqué par : **SMB**
SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MAF



Remboursable

10

PPV: 49,60 DH
LOT: 23G11
EXP: 07/2026