

## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Ali el Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed El Fassi et Rue Al Shaheen Abdellah - Quartier de l'Horizon, Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (C) - Fax : 05 22 20 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-425561

48333

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 01948 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JBARA Dym

Date de naissance : 01/01/1948

Adresse : 05, Rue Mohamed Charhit Oujda

Tél : 0664 55 70 44 Total des frais engagés : 1282,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Dr Wassim M. EL RABANI  
Bd. Idriss Al Akbar, Imm. Almorabitin  
Tél: 05 36 70 31 54 - OUJDA

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/10/2020

Nom et prénom du malade : JBARA Dym

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

Nature de la maladie :

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 : 20/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-425561

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 : 01948

Nom de l'adhérent(e) : JBARA Dym

Total des frais engagés : 1282,00

Date de dépôt : 20/10/2020



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
2020 20	CONS FEL		250	08 11 821 56 Dr. Wassim M. F. RABBANI Boulevard Al Akebi, Immeuble Al Arabitain DHA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>NASSIRI KHALIL</b> <b>Pharmacien</b> Douar Zidou Agnbal Ahfir GSM: 05 50 04 74 74	20/10/2020	103.200 dh

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

[illegible]

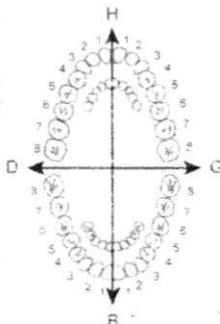
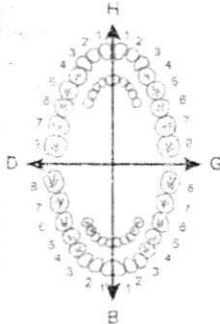
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'OCF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            00003412   21433553            00000000   00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            00000000   00000000            00000000   11433553  <b>B</b> </div> </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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr WASSIM M. EL RABBANI

CARDIOLOGUE

Ancien Médecin à l'Hôpital Al Farabi - Oujda

Ancien attaché au CHU Hassan II - Fes



د. وسيم محمود الرباني

إختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

طبيب سابق بمستشفى الفارابي - وجدة

ملحق سابق بالمركز الاستشفائي الحسن الثاني - فاس

**ORDONNANCE**

Nom : Beni

Oujda, le : 20/10/2022

Prénom : Dass

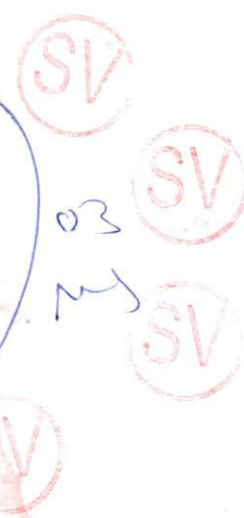
$17030 \times 3 = 51090$

$3070 \times 3 = 9210$

$6770 \times 2 = 13540$

$8920 \times 3 = 26760$

103200



**NASSIRI KHALIL**  
Pharmacien  
Douar Zidour Aghbal Ahfir  
GSM: 05 50 04 74 74

Dr Wassim M. EL RABBANI  
CARDIOLOGUE  
Bd. Idriss Al Akbar, mm. Almorabitin  
Tél: 05 36 70 31 54 - Oujda

شمارة المرباطين (مقابل مستشفى الفارابي) زاوية إدريس الأكبر وزنقة الرازي. الطابق الثالث رقم 5 (المصعد) - وجدة  
Imm. Al Morabitine (en face Hôpital Al Farabi) Angle Bd Idriss Al Akbar et rue Arrazi, 3ème étage N°5 (Ascenseur) - Oujda

Tél.: 05 36 70 31 54 - GSM: 06 72 73 75 50



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH



6118001030309

TAREG 160 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 180.30 DH

P.P.V.

89 20

89,20

AMlor 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

P.P.V.

89 20

89,20

AMlor 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

P.P.V.

89 20

89,20

AMlor 5 mg

28 COMPRIMÉS



6 118000 250531

LOT : 20E010  
PER.: 11 2021KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E010  
PER.: 11 2021KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

LOT : 20E010  
PER.: 11 2021KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

BIPROL® 10mg

30 Comprimés pelliculés  
sécables

6 118001 200825

072820 65730

PPV 65 DH 70

BIPROL® 10mg

30 Comprimés pelliculés  
sécables

6 118001 200825

072820 65730

PPV 65 DH 70



☒ **valable 3 mois**

Le 20/10/2020

**DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE** ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

**CARDIOLOGUE**

Certifie que Mlle, Mme, M :

**JOBARA Dine**

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

**03 ans**

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

**Dr Wassim M EL RABBANI**  
**CARDIOLOGUE**  
Bd. Khiss Al Akkad - Almorabitin  
Tél: 05 36 70 11 58 - OUJDA