

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 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 11 rue d'Alger, 20000 Alger, Algérie. Tél : 021 33 11 25 25 - Fax : 021 33 11 25 25 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-619888

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2321 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHOUMI MOHAMED  
 Date de naissance : 01-01-1952  
 Adresse : HAX BOUGHAZ RUE 8 N° 6 ANGER  
 Tél : 06 24380187 Total des frais engagés : 8800.50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/03/2021  
 Nom et prénom du malade : KRI BECH Fatima Age : 65  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Sciatalgies  
 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 : dc Le : / /  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



| 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 |
| 24/03/2021                     | C                 |                       | 250 DH                          | INF: 162040741   |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |
|                                |                   |                       |                                 |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 24.03.2021 | 384.50                |
|  | 02.04.2021 | 250.00                |
|  |            | INF: 162040741        |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |            |                              |                        |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|   | 24/03/2021 | Rx                           | 250 DH                 |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

| AUXILIAIRES MEDICAUX             |                |        |    |    |    |                                 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|---|--|------------------|-------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------|
| Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| Important :<br>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             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | FIN D'EXECUTION [ ]                           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>01423552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11123553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |                         | H   |  | 25533412 | 01423552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11123553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|   | H  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 25533412   | 01423552         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 00000000   | 00000000         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | D  | G                |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 00000000   | 00000000         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 35533411   | 11123553         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | B  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | DATE DU DEVIS [ ]                             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION [ ] |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. HOMRANI Jalal

Médecin Spécialiste en

• Traumatologie-Orthopédie

Diplôme de la faculté de Médecine de Rabat

Ancien médecin interne au CHU

Brugmann . Bruxelles



# الدكتور الحمراي جلال

طبيب اختصاصي في جراحة

العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي

بروكمان . بروكسيل

جراحة المفاصل الإصطناعية

الجراحة بالمنظار - جراحة القدم - جراحة الأورام - الطب الرياضي

Chirurgie prothétique - Arthroscopie - Chirurgie du pied

Chirurgie Tumorale - Traumatologie de Sport

## ORDONNANCE

Tanger, Le 24/03/2021

KRIBECH FATMA

79.90x2=159.80

• **Honart fort**

1 comprimé, matin, soir, après les repas, pendant , 15 jours

42.60

• **Mobic 7,5mg**

1 comprimé, midi, après les repas, pendant , 15 jours

82.10

• **Esac 20 mg**

1 gélule, matin, avant repas, pendant , 15 jours

15-

• **Panalgin 500 mg/50 mg**

1 comprimé, matin, midi, soir, après les repas, pendant , 15 jours

85-

• **Algogel**

1 application, matin, soir, pendant 15 jours

384.10

Dr Homrani Jalal  
Traumatologue Orthopédiste  
47, Blvd Mohamed V Résidence « Diamant Vert »  
2<sup>ème</sup> étage - Tanger  
Tél : 0539316072 - 0661758896

الطبيب  
الحمراي جلال  
15, Rue du 14 Juillet 1111  
Tanger  
Tél : 0539316072 - 0661758896

47, شارع محمد الخامس عمارة "الجوهرة الخضراء" (قرب محطة البنزين شيل) الطابق 2 رقم 25 - طنجة

47, Boulevard Mohamed V Résidence « Diamant Vert » (à coté de la station SHELL) 2<sup>ème</sup> étage N° 25 - Tanger

المتنقل : 06 61 75 88 96 - Gsm - الهاتف/الفاكس : 05 39 31 60 72 - Tél./Fax

# ESAC<sup>®</sup>

ésoméprazole

**20**  
**mg**

**14 gélules**

*Microgranules  
gastrorésistants*



LOT 20004  
PER 05/22  
PPV 82DH10

82,10



EF 163.23.14

# +Honart<sup>®</sup> FORTE

Curcumine  
Exsudat de Bambou



2102  
2022



Voie Orale  
15 gélules

Poids Net  
529 mg - 7,94 g e



+Honart<sup>®</sup>  
Curcumine  
Exsudat de Bambou **FORTE**

LOT : CA124  
EXP : 02/24

PPC : 79,90 DH



EF 163.23.14

# Honart<sup>®</sup> FORTE

Curcumine  
Exsudat de Bambou



2102  
2022



Voie Orale  
15 gélules

Poids Net  
529 mg - 7,94 g e



Honart<sup>®</sup>  
Curcumine  
Exsudat de Bambou

FORTE

LOT : CA124  
EXP : 02/24

PPC : 79,90 DH

# ALGOGEL

Gel de massage à base d'actifs naturels

**FAST ACTION**

**DOULEURS MUSCULAIRES ET ARTICULAIRES**

100 ml e 3,38 fl oz

LOT : 02040723  
EXP : 07/2023

PPC : 85,00 DH



# ALYSE® 75 mg

PRÉGABALINE  
GÉLULES

56 GÉLULES



Voie orale

**b** bottu<sub>SA</sub>

82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

 **ABDI IBRAHIM**

Lot.:

Exp.:

PPV: 255DH00



*Handwritten in blue ink:*  
1 boîte de 56  
Pré-gabaline



**PANALGIC<sup>®</sup> 500 mg/50 mg**

Paracétamol - Caféine

16 Comprimés  
Voie orale

Antalgique - Antipyrétique



15,00



PPV: 42DH60  
PER: 09/23  
LOT: J2415



**Mobic®**

meloxicam

**7,5 mg**

*Handwritten signature and date 15/09/23*

Uniquement sur ordonnance

14 comprimés

*Handwritten signature and date 15/09/23*



Fabriqué par bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Aïn Sebâa - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



**Boehringer  
Ingelheim**



**Mobic® 7,5 mg**  
14 comprimés



**Dr. HOMRANI Jalal**

Médecin Spécialiste en

Traumatologie-Orthopédie

Diplôme de la faculté de Médecine de Rabat

Ancien médecin interne au CHU

Brugmann . Bruxelles



**الدكتور الحمراي جلال**

طبيب اختصاصي في جراحة

العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي

بروكمان . بزوكتيل

جراحة المفاصل الإصطناعية

الجراحة بالمنظار - جراحة القدم - جراحة الأورام - الطب الرياضي

Chirurgie prothétique - Arthroscopie - Chirurgie du pied

Chirurgie Tumorale - Traumatologie de Sport

## ORDONNANCE

Tanger, 02/04/2021

**KRIBECH FATMA**

- **Alyse 75 mg**

1 gélule, soir, après repas, pendant , 15 jours

257

Dr Homrani Jalal  
Traumatologie-Orthopédie  
47 Bvd Mohamed V Résidence « Diamant Vert »  
Tél: 0539316172 - 0661758896

صيدلية ميرون  
Pharmacie wahrouka  
47, Rue du 1er Juin Tâhiti Adik  
Tél: 0539 9536 82 - TANGER

47، شارع محمد الخامس عمارة "الجوهرة الخضراء" (قرب محطة البنزين شيل) الطابق 2 رقم 25 - طنجة

47, Boulevard Mohamed V Résidence « Diamant Vert » (à côté de la station SHELL) 2<sup>ème</sup> étage N° 25 - Tanger

المتنقل : 06 61 75 88 96 - GSM : 06 61 75 88 96 - الهاتف/الفاكس : 05 39 31 60 72

**Dr. HOMRANI Jalal**

Médecin Spécialiste en

Traumatologie-Orthopédie

Diplôme de la faculté de Médecine de Rabat

Ancien médecin interne au CHU

Brugmann . Bruxelles



**الدكتور الحمراي جلال**

طبيب اختصاصي في جراحة

العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي

بروكمان . بروكسيل

جراحة المفاصل الإصطناعية

الجراحة بالمنظار - جراحة القدم - جراحة الأورام - الطب الرياضي

Chirurgie prothétique - Arthroscopie - Chirurgie du pied

Chirurgie Tumorale - Traumatologie de Sport

## ORDONNANCE

Tanger, 24/03/2021

**KRIBECH FATMA**

### Compte rendu radiologique

Radiographie du rachis lombaire:

- attitude scoliotique

Radiographie du bassin:

- pas de lésion osseuse visible

**Dr Homrani Jalal**  
Traumatologie Orthopédiste  
47, 2ème étage Rés. Diamant Vert  
Tanger  
Tél : 05 39 31 60 72 - 06 61 75 88 96

47, شارع محمد الخامس عمارة "الجوهرة الخضراء" (قرب محطة البنزين شيل) الطابق 2 رقم 25 - طنجة

47, Boulevard Mohamed V Résidence « Diamant Vert » (à coté de la station SHELL) 2<sup>ème</sup> étage N° 25 - Tanger

Tél./Fax : 05 39 31 60 72 : الماتف/الفاكس : Gsm : 06 61 75 88 96 : الموبايل



**Dr. HOMRANI Jalal**

Médecin Spécialiste en

Traumatologie-Orthopédie

Diplôme de la faculté de Médecine de Rabat

Ancien médecin interne au CHU

Brugmann . Bruxelles



**الدكتور الحمراي جلال**

طبيب اختصاصي في جراحة

العظام والمفاصل

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي

بروكسان . بروكسيل

جراحة المفاصل الإصطناعية

الجراحة بالمنظار - جراحة القدم - جراحة الأورام - الطب الرياضي

Chirurgie prothétique - Arthroscopie - Chirurgie du pied

Chirurgie Tumorale - Traumatologie de Sport

## ORDONNANCE

Tanger, L24/03/2021.....

## Facture

**KRIBECH FATMA**

| Acte         | QTE | Honoraire        |
|--------------|-----|------------------|
| Consultation | 1   | 250.00 Dh        |
| Radio        | 1   | 250.00 Dh        |
| <b>Total</b> |     | <b>500.00 Dh</b> |

Arrêté la présente facture à la somme de :  
cinq cents dirham(s)

Dr. Homrani Jalal  
Traumatologue Orthopédiste  
Tél 05 39 31 60 72

47, شارع محمد الخامس عمارة "الجوهرة الخضراء" (قرب محطة البنزين شيل) الطابق 2 رقم 25 - طنجة

47, Boulevard Mohamed V Résidence « Diamant Vert » (à coté de la station SHELL) 2<sup>ème</sup> étage N° 25 - Tanger

المتنقل : 06 61 75 88 96 - GSM : 05 39 31 60 72 - الهاتف/الفاكس :