

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W21-688898

158633

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

01948

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

J.BARA Driss

Date de naissance :

01/01/1947

Adresse :

05, Rue Dohameol Gharnit  
Oujda

Tél. :

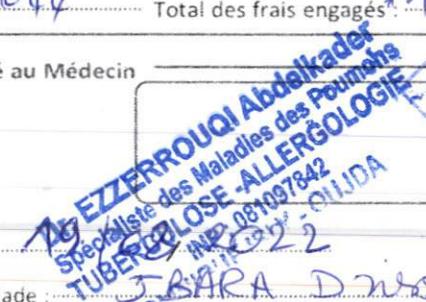
0664557044

Total des frais engagés :

1063,50 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21 MAR. 2022

Nom et prénom du malade :

J.BARA Driss

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cough + Bile in eye

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'adjudicataire.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 19/02/22

Signature de l'adhérent(e) :

م. بارا



## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## RELEVE 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
19/02/22 G			200 DT	INP :  Boubaker les Poumons GOGIOLE DA

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
 <b>PHARMACIE LES JARDINS</b> <b>DE LAZARET</b> <b>DR. KASSIRI KHALIL</b> <b>05 39 73 13 95</b>	19/01/2002	<b>563,00</b> <b>Dr. EZZEROUZ</b> <b>Spécialiste des malades</b> <b>TUBERCULOSIS</b> <b>CLINIC</b>

## AUXILIAIRES MEDICALS

#### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">05533412</td> <td style="text-align: center;">21432352</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	05533412	21432352	00000000	00000000	00000000	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	05533412	21432352														
00000000	00000000	00000000														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	 <p><b>[Creation, remont, adjonction]</b> Procédure Thérapeutique nécessaire à la prothèse</p>			<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
	<p><b>J</b></p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
	<p><b>L</b></p>			<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												
	<p><b>M</b></p>															
	<p><b>N</b></p>															
	<p><b>O</b></p>															
	<p><b>P</b></p>															
	<p><b>Q</b></p>															
	<p><b>R</b></p>															
	<p><b>S</b></p>															
	<p><b>T</b></p>															
	<p><b>U</b></p>															
	<p><b>V</b></p>															
	<p><b>W</b></p>															
	<p><b>X</b></p>															
	<p><b>Y</b></p>															
	<p><b>Z</b></p>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Abdelkader EZ-ZERROUQI

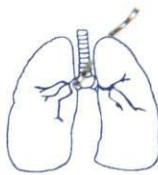
Spécialiste - Pneumo - Phtisiologue

CLINIQUE ISLY MEDICO - CHIRURGICALE

12, rue Abdelaziz Taâlibi, Oued Ennachef

Tél.: 05 36 70 07 01 / 02

Fax : 05 36 70 02 49



الدكتور الزروقي عبد القادر

أخصائي الأمراض الصدرية

مصحة إسلي للطب والجراحة

12، زنقة عبد العزيز الشعالبي - واد الناشف

الهاتف : 05 36 70 07 01 / 02

الفاكس : 05 36 70 02 49

Oujda, le : 19/12/22

وجدة، 22

N° Jour. Dris

29/12/00

SV

- mycotox 400

10x2h → Ames  
+ levage boute SV

11/12/00 Adar 16/12/00

29/12/00 10x2h x 12; SV

3 F. to Pds. Syr A = nf

SV

563/0

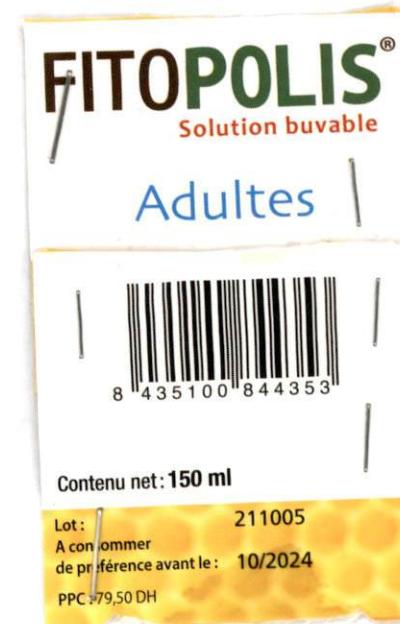
CLINIQUE ISLY  
Tél: 05 36 70 02 49 - Oujda  
Fax: 05 36 70 02 49 - Oujda

Dr. EZZEROUQI  
Abdelkader  
Spécialiste des Maladies des Poumons  
PNEUMO - ALLERGICOLOGIE  
SERCULOSE - INP : 081097842  
OUJDA



INP: 081097842

SYNTHEMEDIC  
22 µg cortisole buée et sucre riche  
doses assainisseuses  
SYNTHICORT TURBUHALER  
400/12 µg par dose Poudre p. inhal.  
Flacon de 60 doses  
10514 DMP 21 INRQ dup.P.V : 297,00 DH  
8 118001 020936



**CLINIQUE ISLY**  
MEDICO-CHIRURGICALE



12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef  
Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax : 05 36 70 02 49

OUJDA

مصحة إسلي

للطب والجراحة

12 زنقة عبد العزيز الشعالبي، واد الناشف  
الهاتف: 05 36 70 02 49 فакс: 05 36 70 07 01/02

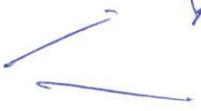
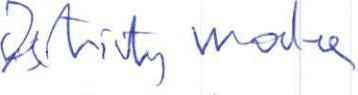
وجدة

Oujda, le 19/12/22 واجدة في

N° 7barr Oujda

## COMPTE RENDU DE SPIROMETRIE

1 Re: Cardiopathie + Rxh. d.

2m.  Activité modérée  
 Absent de vertiges  
Permet

**CLINIQUE ISLY**  
12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef  
Tél: 05 36 70 07 01/02 - Fax: 05 36 70 02 49  
Dr. EZZERROUCHI Abdellah  
Spécialiste des Maladies des Poumons  
TUBERCULOSE - ALLERGOLOGIE  
INP: 081097842  
Ministère de la Santé - Oujda

# CLINIQUE ISLY

## MEDICO-CHIRURGICALE

12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef  
Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax : 05 36 70 02 49  
OUJDA

ICE: 001710110000097



Oujda, le

10/12/2002

Facture N° 012162

Nom: Jibans

Prénom: Phiss

Consultation: S + EFR

Montant (en chiffres): 500 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de: Cinq Cents

Cachet et signature

CLINIQUE ISLY  
12, rue Abdelaziz TAâLIBI  
Tél: 05 36 70 07 01/02  
Fax: 05 36 70 02 49 - OUJDA

