

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.

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

N° W21-766387

148995

Couvert

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société : RAM	
Matricule : 01948		Autre : Jbara DRISS	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		Nom & Prénom : 01/01/1947	
Date de naissance : 05 Rue Mohamed Charnet		Adresse : 0664557044	
Tél. : 0108,10		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 16/01/2023	
Nom et prénom du malade : Age: 76	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : PACIFYEN	
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.	

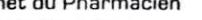
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.
 Fait à : Oujda Le : 16/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) : CLY

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-766387
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) : TBARA-DRISS	
Total des frais engagés : 1108,10	
Date de dépôt : 31/01/2023	

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
16/01/83	6		200	INP 81097842 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE LES JARDINS DE LAZARET Dr. NASSIRI KHALIL 05 36 73 13 93	16/01/2023	408110

ANALYSES - RADIOG

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation Cœfficients	Montant des Honoraires
0249-OUADA 07/01/2023	16/01/23	Spinelet	,300
	16/01/23	R2	,200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier <i>Téle</i> <i>Fax:05</i>	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	
	
	
	
	

VOLET ADHERENT

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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		
	$ \begin{array}{r} H & 25533412 & 21433552 \\ & 00000000 & 00000000 \\ D & 00000000 & 00000000 \\ & 35533411 & 11433553 \\ B & & \end{array} $		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			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				

CLINIQUE ISLY
MEDICO-CHIRURGICALE



مصحة إسلي
للطب والجراحة

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

OUJDA

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

و جدة

Oujda, le 16/11/23 في وجدة

PHARMACIE LES JARDINS
DE LAZARET
Dr. NASSIRI KHALIL
05 36 73 13 93

DR Jbara Driss

1971,00 AB son stec ub sv
— AB — Am

100,10
75,10
y EVOX h: 265 16/11/23
16/11/23 sv

16/11/23

99,50
31/Fin Poli A (10) sv
— NEC — sv

106,00
DR Moustapha sv

408,10

PHARMACIE LES JARDINS
DE LAZARET
Dr. NASSIRI KHALIL
05 36 73 13 93

Dr. EZZEROUQI Abdellkader
Spécialiste des Poumons
GÉNÉRALISTE
N° 4099 NIP : 081005242
Tél: 05 36 70 07 01 / 02
Fax: 05 36 70 02 49 - OUJDA

LOT : 22657 PER : 10/25
PPV : 100, 10 DH
AMM N° : 2047/01/21/RQ1/DMP/MC/01

EVOX® 500 mg
Levofoxacin
7 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 340485

LOT : 21864 PER : 11/2024
PPV : 75, 10 DH

EVOX® 500 mg
DCI : Levofloxacin
5 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 340478

PPV : 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRQ

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS

احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

DA 20201406337DMP/MA/v3

Apilameca



PLAMECA

Avda. Prat de la Riba, s/n
08780 Pallejà
Barcelona - Spain
R.S.I. 26.05726/CAT



8 435100 864573

Lot: 220211

A consommer
de préférence avant le: 02/2025
PPC: 99,50 DH

LOT : 3985
PER : 10-25
P.P.V : 10 DH 60

Dolostop® 1000mg
Boîte de 8 comprimés



6 118000 093015