

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-769934

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0405

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

JABER

EL HOUSSEINE

Date de naissance :

1941

Adresse :

Route EL Azzima, lot Talhaoui A3 n° 4

Tél. :

05 36 74 39 52

Total des frais engagés : #705,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

DR BENABELLAH NAWAL  
MEDECIN NEPHROLOGUE  
CLINIQUE AL IRFANE  
INPE 081227985

Cachet du médecin :

Date de consultation :

27/04/2023

Nom et prénom du malade :

JABER EL HOUSSEINE

Age :

Enfant

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Insuffisance rénale chronique

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 :

El Jadida

Le : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-769934

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 : 0405

Nom de l'adhérent(e) JABER

Total des frais engagés : 705,60 Dhs

Date de dépôt : 27/04/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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
27/04/23	CS		300.00	INP : [REDACTED] DR BENABDELLAH YOUSSEF MEDECIN NEPHROLOGISTE CLINIQUE AL IRFANE INPA 08227983 DOUZI Nourddine Oujda Maroc Date : 27/04/23 N° de la facture : 12277319

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE RIF DOUZI Nourddine Boulevard Ouattassi - Lazaret OUJDA - TEL : 05 36 74 91 86	27/04/23	INP : 08205766 Bd Kabbour-Ouattassi Lazaret - OUJDA Tel : 05 36 74 91 86

082050626

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000			
D 00000000 35533411	G 00000000 11433553			
B H D G B				
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



مصحة الشفاء وجدة

CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

DR BENABDELLAH NABIL  
MEDICIN NEPHROLOGUE  
CLINIQUE AL IRFANE  
INPE 081227985

27/04/23

Jaber El Houssine

60100X04 = 240,00

1) Faplex 40 mg

31,30 1 amp x 2 / j après repas

2) Zyloric 200 mg

10,10 1cp / j soir Apres repas

3) PHARMACIE RIAD

111 Bd Rabouti Marocain  
Lazare 05550  
Tel: 053 74 97 86  
S. Nourzi Nourdinie

PHARMACIE  
Dr. DOUZI  
Bd. Kaddou Ouar  
OUJDA - TEL: 05

FERPLEX® 40 mg

Per protéinsuccinylate  
Boite de 10 Flacons buvables  
PPV 60,00 Dhs

6 118001 440016

LOT: 087622005  
Per: 06/2025  
PPC: 139,50DH

34,70 1cp / j midi apres repas

4) S-cit 20 mg

30,00 4cp / j matin ap  
Ordonnance 40

6 118001 040070  
Fabricant:  
HERMES PHARMA GmbH  
WILLGÄU 36 - 9400 WOLFBERG  
AUTRICHE  
TOTTU SA PPV : 110 DH 100

LOT N°:  
UT. AV: 34,70

PPV (DH):

5) PHARMACIE RIAD  
13 Bd Rabouti Marocain  
Lazare 05550  
Tel: 053 74 97 86  
S. Nourzi Nourdinie

1 cp x 30 J

PPU 30DH00

0800618989

Clinique Achifaa: Bd Med Jeljoul 3 - Oujda - Tél: 05.36.53.06.08 / 05.36.53.09.09 - Fax: 05.36.53.04.53 - Gsm: 06.71.37.02.69

E-mail: mohamednouri2003@yahoo.com - FB/Clinique Achifaa Oujda - YouTube/Clinique Achifaa Oujda

T = 585,60

# FACTURE DES FRAIS MÉDICAUX

## FACTURE DES FRAIS MEDICAUX

FACTURE N° : 000363/23

NOM & PRENOM DU BENEFICIAIRE : JABER EL HOUSSINE

DATE : 27/04/2023	
<u>DESIGNATION</u>	<u>MONTANT</u>
CONSULTATION	300.00DH
<b>TOTAL</b>	<b>300.00DH</b>

ARRETER LA PRÉSENTE FACTURE EST ACQUITTE A LA SOMME DE :

TROIS CENT DIRHAMS

MODE REGLEMENT : ESPECE..

ICE : 00171009700009