

**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
- 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° W21-800007

*par l'adhérent*

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) \_\_\_\_\_

Matricule : 0405      Société : RAM      164981

Actif       Pensionné(e)       Autre \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : JABER EL HOUSSINE

Date de naissance : 1941

Adresse : Route EL Aarunia, lot Talhaoui A3 N° <sup>oujda</sup>

Tél. : 05.36.74.30.52      Total des frais engagés : 474,30 DH      Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29.05.2023

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint

Nature de la maladie : lourde atteinte

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 : 29/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

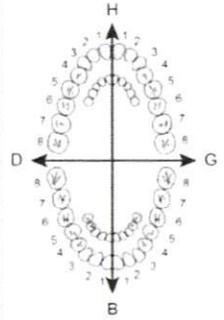
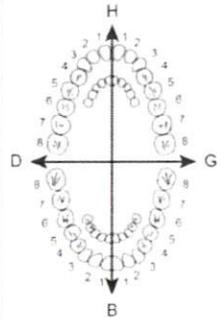
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29.05.2023	CS		300 dh	INPE

Dr. ABIDOU MOULAY DRISS  
 Spécialiste en chirurgie  
 traumatologique et Orthopédique  
 Boulevard HASSEN BOUJDA  
 INPE : 02147614

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.05.2023	174,30
		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des	Montant des Honoraires
		NO - DOL CODEINE CP 820 P.P.V.: 28DH00 Barcode: 6 118000 061861	

Cachet et signature du	Date des	Montant détaillé des Honoraires
		

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'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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
35533411	11433553																	
B																		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Dr. ABID ALLAH My DRISS

Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique

Diplômé de la faculté de médecine de RABAT

Ex-chef de service de Traumatologie-Orthopédie Farabi Oujda



الدكتور عبيد الله مولاي ادريس  
طبيب اختصاصي في طب العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بالرباط  
رئيس مصلحة العظام و المفاصل الفارابي وجدة

001188-001775

Oujda Le, 29/05/2023

**ORDONNANCE**

BIOCODEX MAROC

P.P.V.: 50,90DHS

**EL HOUSSINE JABER ( 82 ANS )**

4870  
1 - SOLUPRED COMPRIME EFFERVESCENT À 20 MG

2 x 1 fois / jour, pendant 5 jours

2800  
2 - NODOL CODEINE CP

1cp x 2 fois / jour, pendant 3 jours

5090  
3 - ACUPAN SOLUTION INJECTABLE À 20 MG

1 x 1 fois / jour, pendant 5 jours

4 - BIOTONE, SOLUTION BUVABLE

1 x 1 fois / jour, pendant 1 mois

4670  
5 - ZYLORIC COMPRIME À 100 MG

1 x 1 fois / jour, pendant 3 mois

LOT 223157

EXP 09 2026

PPV 46.70 DH

Prochain RDV le :  
001188-001775

Villa N° 8, Boulevard Hassan II - Oujda

فيلا رقم 8، شارع الحسن الثاني - وجدة

Tél : 05 36 70 81 81 - هاتف : 06 61 17 60 22 - المحمول : Email : drissabidallah@gmail.com