

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 002089

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 186560 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2518 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Lacheheb Najat

Date de naissance : 11-12-1958

Adresse :

Tél : 06 00805856 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Signature] IND = 02128713

Date de consultation : 5/12/23

Nom et prénom du malade : Lacheheb Najat Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

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
05/12/2023	10000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Ste Pharmacie IBN MACHCHOU 41, Bd. Hassan 1 ^{er} 60 000 Oujda Tel. : 05 36 69 02 25	05/12/2023	72200



ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
MINISTRE DE LA SANTE
CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
MOHAMMED VI-OUIDA
HOPITAL DE LA SANTE MENTALE
ET DES MALADIES PSYCHIATRIQUES



المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الاستشفائي الجامعي
محمد السادس - وجدة
مستشفى الصحة النفسية و الأمراض
العقلية

Hôpital Sans Tabac

ORDONNANCE
وصفة طبية

Oujda, le : 05/12/23

Nom prénom :

N° de dossier :

Ville :

Lechhab Najat
455/23 39 52 53

603.00
①

nb-dep fong up 2010023

119.80

②

Bisacodil
1cp/8'

399023

722.80

Pharmacie Ibn MACHICH SARL
ش. صيدلية بن موشيش
41, Bd. Hassan II - 60 000 Oujda
Tél. : 05 36 69 02 25

Dr. Miriam CHANDAO
Résidente en Psychiatrie
CHU Mohammed VI - Oujda

DUREE DE TRAITEMENT :

RENDEZ-VOUS LE :

6 jours
6 jours

مدة العلاج :

الموعد المقبل :

NO-DEP[®] 50mg

Sertraline

**60 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT: 458
PER: AUT 2025
PPV: 201 DH 00

CiplaMaroc

NO-DEP[®] 50mg

Sertraline

**60 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT: 458
PER: AUT 2025
PPV: 201 DH 00

CiplaMaroc

NO-DEP[®] 50mg

Sertraline

**60 Comprimés pelliculés
sécables**

LOT: 458
PER: AUT 2025
PPV: 201 DH 00

CiplaMaroc



5 مغ

بیزوکارد®

فیومارات الیسیسوبرولول

عن طریق الفم

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331810

30

قرصا مغلفا
قابللا للتكسير

39,90





5 مغ

بیزوکارد®

فیومارات الیسیسوبرولول

عن طریق الفم

Bisocard® 5 mg

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331810

30

قرصا مغلفا
قابللا للتكسير

39,90





5 مغ

بیزوکارڈ

فیومارات الیسیسوبرولول

عن طریق الفم

Bisocard® 5mg

30 Comprimés pelliculés sécables



6 118000 331810

30

قرصا مغلفا
قابللا للتكسير

39,90