

## 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 2135 Société : 190434

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : MOHAMMED REGUIEGU

Date de naissance : 15-12-1950

Adresse : HAY EL ANDALOUS, B<sup>e</sup> BOUTHLALI, M<sup>e</sup> N<sup>o</sup> 82. OUJDA

Tél. : 053C501309

Total des frais engagés : 44640 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**



Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 Janv 2024

Nom et prénom du malade : MR REGUIEGU Mohamed Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : enferture d'un regard

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 : 08/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
04 Janv 2024	g	1	150 Dh	INP : 081117160. Dr OURYENCHI Abdelkrim Co-praticien Laureat du CHU de Montpellier Diplome en Diabetologie Ecole d'epidémiologie Université de Montpellier ( France ) 2, rue Zahraoui Boute Sidi Yahya - OUJDA Tunisie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Mme Naima BENLALI</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>Rue Hanafi Hay Andalous</b> <b>Tel : 05 38 50 60 55 - OUJDA</b> <b>Tel : 069005455</b>	04-01-2024	296,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **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 : <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"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			H		D	G	B		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
D	G																	
B																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				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**

**Dr. OURYEMCHI Abdelkrim**

Medecine Générale  
Echographie

Lauréat CHU de Rabat  
diplômé en Diabétologie  
et Echographie de  
l'Université montpellier en france



**الدكتور عريمشي عبد الكريم**

الطب العام  
الفحص بالصدى.

خريج كلية الطب بالرباط  
حاصل على دبلوم السكري  
و الفحص بالصدى  
من جامعة مونبلييه بفرنسا

Oujda le : 04 Janv 2024 وحدة في :

Mr. RGUIESOU Nohammed.

<del>57,10</del>	BREXIN 20 mg	(01) (SV)
<del>115,00</del>	Aclav 1f	(14S) (P1) (SV)
<del>58,30</del>	Meges fm	(01) (SV)
<del>46,00</del>	OLEDIZ 20 mg	(01) (SV)
<del>2900</del>	Felrox	(01)
<del>296,40</del>	Pharmacie AL HIBA Mme Naïma BENLALI Doctorat en Pharmacie Tél : 05 36 50 37 09	الهاتف : 05 36 50 37 09 العنوان : 2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous OUDJA

**Brexin® 20 mg**

Proxicam-β-cyclodextrine

10 sachets

PROMOPHARM S.A.



6 118000 240174

57110  
LOT : 22119  
PER : 06-25  
PPV : 570711

ACLAV 1g/125mg Poudre pour  
suspension buvable, 14 sachets



6 118000 091776

LOT : 2988  
PER : 03-25  
P.P.V : 115DH00

Megasfon 160 mg

Boîte de 20 comprimés



6 118000 094937

LOT : 5111  
PER : 06 - 25  
P.P.V : 58 DH 30

**FEBREX®** Adulte Sans Sucre



6 118000 310631

PHARMED

LOT : 4352  
UT.AV: 05-26  
PPV : 20DH00

OLEDIZ® 20 mg, comprimés gastro-résistants, Boîte de 7

PPV: 46 DH 00

AMM N° 18620/05/21/TR/DMP/AK/02



6 118001 480012