

# 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.

801179

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2074

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Benyamin M'hamed

15-07-1953

Date de naissance :

Adresse : HAY EL MOHAMADI lot elouachida Rue Khaled  
bou eloualid n° 15 OUJDA

Tél. : 06 11 87 25 96

Total des frais engagés : 429,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENYAMIN M'HAMED

Age : 71

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 30/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>DR CHAKI ZIN-Eddine Rte Madiha 19 - N°19 Tél: 0536 63 16 02 - OUI INPE: 02055963</p>	12/01/24	12900

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

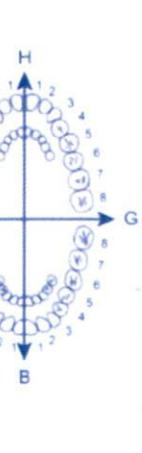
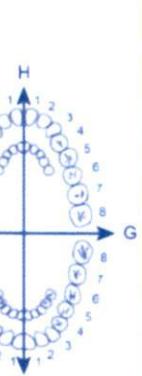
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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													
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	35533411	11433553												
		G														
<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p style="text-align: center;">Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>		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. YOUSSEF DERRAZ  
CARDIOLOGUE  
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris  
Diplôme de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes  
Diplômé d'Échocardiographie - Université Victor Segalen Bordeaux 2



الدكتور يوسف دراز  
أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب  
طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بالرباط و باريس  
دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس  
دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

Oujda le : .....

و جهة في : .....

12 janvier 2024

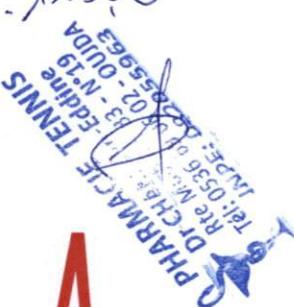
Nom : Benamar  
Prénom : Mhammed

## Ordonnance

$4300 \times 3 = 12900$

1-Inikal 5: 0-0-1

TTT 3 mois



Dr. YOUSSEF DERRAZ  
4, Résidence al amal, bureau 5 BD. Allal ben abdellah  
4, إقامة الأمل مكتب 5, شارع علال بن عبد الله  
T: 0536 32 70 70 04 - CSM: 06 11 43 88 63  
E: ALLAL.BEN.ABDELLAH@GMAIL.COM  
DR.YOUSSEFDERRAZ@GMAIL.COM

4, Résidence al amal, bureau 5 BD. Allal ben abdellah **05 36 70 70 04**  
4, إقامة الأمل مكتب 5, شارع علال بن عبد الله **06 61 43 88 63**



LOT : 230776  
EXP : 04/2026  
PPV : 43,00 DH

UT AV : LOT N° : PPV (DH)

جِنِيكَالٌ

5 mg

MC PHARMA  
Distributeur: Pharmacie des Antilles



MC PHARMA S.A. Bachkou, Lot 10 Rue 7

Casablanca - MAROC

O. MOTIL - Pharmacien Responsable

Fabriqué par Cooper Pharma

Douar Ouled Abou - Tit Mellil

6 118000 340126

inikal® 5 mg

30 comprimés

AMM N° : 156/DMP/21/NNP

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Tableau A (Liste I)

LOT : 230776  
EXP : 04/2026  
PPV : 43,00 DH

UT AV : LOT N° : PPV (DH)

جِنِيكَالٌ

5 mg

MC PHARMA  
Distributeur: Pharmacie des Antilles



MC PHARMA S.A. Bachkou, Lot 10 Rue 7

Casablanca - MAROC

O. MOTIL - Pharmacien Responsable

Fabriqué par Cooper Pharma

Douar Ouled Abou - Tit Mellil

6 118000 340126

inikal® 5 mg

30 comprimés

AMM N° : 156/DMP/21/NNP

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Tableau A (Liste I)

LOT : 230776  
EXP : 04/2026  
PPV : 43,00 DH

UT AV : LOT N° : PPV (DH)

جِنِيكَالٌ

5 mg

MC PHARMA  
Distributeur: Pharmacie des Antilles



MC PHARMA S.A. Bachkou, Lot 10 Rue 7

Casablanca - MAROC

O. MOTIL - Pharmacien Responsable

Fabriqué par Cooper Pharma

Douar Ouled Abou - Tit Mellil

6 118000 340126

inikal® 5 mg

30 comprimés

AMM N° : 156/DMP/21/NNP

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Tableau A (Liste I)