

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.

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° W21-817913

203024

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M058

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MERNIT MOSTAFA

Date de naissance :

02/06/1973

Adresse :

73 Bd MABOULES 20200 CASABLANCA

Tél. : 06 24 89 85 16

Total des frais engagés :

2600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/03/2024

Nom et prénom du malade :

MERNIT MOSTAFA

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

MARICES MEMBRE

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 : 06/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/03/2024

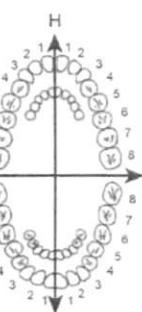
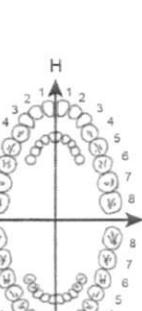
Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
18/03	CS 57	K80	7560,-	INP : 101100907
20/03	CS 63	K30		
19/03				
20/03				
20/03				

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MAKDIS Dr BOUDELAL LEILA 89 Bd Al Makdis - OUJDA Tél. 05 36 50 15 05	19/03/20	12945

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																				
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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>					25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				25533412	21433552															
				00000000	00000000															
				D	G															
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				

ORDONNANCE

Oujda, le 19/03/2024

- ANESTHESIE - REANIMATION
- CARDIOLOGIE
- CHIRURGIE GENERALE
- CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- CHIRURGIE INFANTILE
- CHIRURGIE THORACIQUE
- CHIRURGIE VASCULAIRE
- ENDOCRINOLOGIE
- GASTRO - ENTEROLOGIE
- GYNÉCO - OBSTÉTRIQUE
- MEDECINE GENERALE
- MEDECINE INTERNE
- NEUROCHIRURGIE
- NEUROLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- ONCOLOGIE MEDICALE
- O.R.L - CHIR CERVICO-FACIALE
- PEDIATRIE-NEONATOLOGIE
- PNEUMOLOGIE
- TRAUMATO - ORTHOPÉDIE
- UROLOGIE
- URGENCES

CLINIQUE AL IRFANE
Jalloul Mohamed
Bd. Hay Al Irfan - Oujda
Tél: 05 36 53 20 20 - 05 36 53 33 40 / Fax: 05 36 53 39 54 - 05 36 53 37 55
ICE: 001710097000060 - Patente: 11277319 - I.P: 14413857

C = MERMIT No 876
 1088-
 - Cetev 50
 ev ev 50
 milin 50
 2060-
 - Cetev ev 1
 30 50 ev
 de Shanty
 A baktia étezgelye la
 Soukhi 23/03/2024
 ne 940 pm 15/2
 ne 940 pm 15/2

PHARMACIE AL MAHDI
 Dr BOUDELLAL LILIA
 89 Bd. Hay Al Irfan - Oujda
 05 36 68 50 05

FLOXAM®

Flucloxacilline

500 mg

دواء



24 gelules

Voie orale

Laprophan

فُلوكسام®

فلوكوكساسيلين

500 ملغ

24 كبسولة عن طريق الفم

030314F56293E160320

FLOXAM®

24 gélules 500 mg



6 118000 031420

التركيز :
فلوكوكساسيلين 500 ملغ

(على شكل مونوهيدرات الصوديوم)

السوانح : كمية كافية لـ كبسولة واحدة

تحتوي هذه العلبة على 12 غ من الفلوكوكساسيلين

السواغ المعروف بتأثيره : الصوديوم

انظر النشرة لمزيد من المعلومات

يحفظ بعيداً عن متناول ومرأى الأطفال

يحفظ في درجة حرارة لا تتجاوز 25 درجة مئوية

دوعي الاستعمال - موانع الاستعمال : انظر النشرة

الجرعات : حسب ارشادات الطبيب

طريقة و كيفية الاستعمال :

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

 Laprophan
لابروفان

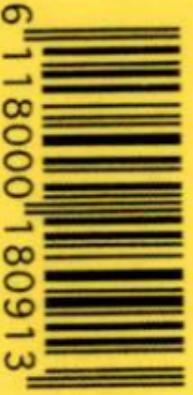
مختبر المستحضرات الصيدلية لشمال إفريقيا
21، زقة الأوداية - الدار البيضاء - المغرب

LABORATOIRES DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES
D'AFRIQUE DU NORD
21, RUE DES OUDAYA - CASABLANCA - MAROC

سيدول

باراستامول /
كودين

Cédol®
20 Comprimés



ستمديك ⚡

عن طريق الفم

20 جبة

Composition :

Paracétamol..... 400 mg

Codeïne phosphate..... 20 mg

Excipients..... q.s.p 1 comprimé.

Ne pas laisser à la portée des enfants

AMM N° 376/18 DMP/21/NRQ



20,60



Oujda, le : 19/03/2012

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur :

Présente à M. Noureddine

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de

trois mille Quatre Cent Dirhams

Pour l'acte Varices Tendinite

Et le prie d'agréer l'expression de ces sentiments distingués.

NOTE CONFIDENTIELLE
DU MEDCIN TRAITANT

Nom : Mosafra Dernit.

1. Date de la constatations de l'état de malade :

.....

2. Renseignement cliniques sommaires :

Varices du membre inférieur droit
et varices du mollet et genou
droits

3. Traitement envisagé et actes :

C557 - K80
C563 - K30

4. Durée prévisible du traitement :

.....

A Oujda le 19/03 2024

Signature :



Oujda, le : ... 1.9.2011.2024 ,

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur :

Présente à M. *M. Dr. Hamid*

Sa note d'honoraires s'élève à la somme de *300,-*
..... *trois mille dirhams*

Pour l'acte *Vas. es. Jeune. droite.*

Et le prie d'agréer l'expression de ces sentiments distingués.



COMPTE- RENDU OPÉRATOIRE

Date d'entrée : 18/03/2024

Date de sortie : 19/03/2024

- ANESTHESIE - REANIMATION
- CARDIOLOGIE
- CHIRURGIE GENERALE
- CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
- CHIRURGIE INFANTILE
- CHIRURGIE THORACIQUE
- CHIRURGIE VASCULAIRE
- ENDOCRINOLOGIE
- GASTRO - ENTEROLOGIE
- GYNECO - OBSTETRIQUE
- MEDECINE GENERALE
- MEDECINE INTERNE
- NEUROCHIRURGIE
- NEUROLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- ONCOLOGIE MEDICALE
- O.R.L- CHIR CERVICO-FACIALE
- PEDIATRIE - NEONATOLOGIE
- PNEUMOLOGIE
- TRAUMATO - ORTHOPEDIE
- UROLOGIE
- URGENCES

Nom et prénom : MERNIT MOSTAFA

Date D'intervention : 18/03/2024

DC : Varices du membre inférieur droit et varices du mollet et jambe droits

GESTE : Crossectomie et stripping de la veine petite saphène droite + stripping de segment jambier de la veine grande saphène droite avec phlébectomies du mollet et jambe droits

Opérateur : Pr El Mahi

CRO :

- **Sous rachi anesthésie, décubitus ventral,**
- **Incision transverse au pli de creux poplité droit, dissection de la crosse de la veine petite saphène droite, crossectomie de la veine,**
- **Incision au tiers inférieur du mollet entre la malléole externe et le tendon d'Achille droit, dissection de l'origine de la veine petite saphène,**
- **Stripping de toute la veine petite saphène droite,**
- **Incision pré malléolaire interne droite, dissection de l'origine de la veine grande saphène droite. Stripping de segment jambier de la veine grande saphène droite,**
- **Multiples phlébectomies au niveau de la jambe et mollet droits,**
- **Fermeture des incisions et pansement,**
- **Bandage compressif.**



Facture N° : FA2401063



080061500

Bénéficiaire : MOSTAFA MERNIT

Oujda le : 29/03/2024

Date d'entrée : 18/03/2024

Date de sortie : 19/03/2024

Désignation	Code (K)	Nbj / Qte	Tarif	Total
CHIRURGIEN	C557-K80 C563-K30	1,00	3400	3 400,00
MEDECIN ANESTHESISTE		1,00	900	900,00
FRAIS DE BLOC		1,00	3200	3 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : **SEPT MILLE CINQ CENTS DH**

Total Facture :

Mode de règlement : en espèce

Règlement à effectuer à l'ordre de : **Clinique AL Ifrane**
Banque : Caisse Régionale de crédit agricole Oujda
Nº Compte : 225.570.00144.1655651.0104.89

Lot Talhaoui n 232 Rte Al Irfane Oujda -MAROC , Tél. :05 36 53 20 20 /Fax : 05 36 53 39 54
ICE : 001710097000060 IF : 14413857 PATANTE N° 11277319 Email :cliniquealirfane@gmail.com