

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

M22- 0007509

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735 Société : R.A.T.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AFRANI Bouchaib
 Date de naissance : 02/06/1951
 Adresse : 137 Lot Haj Fatch N° 5 oulfa
 Tél. 06-66-1986-24 Total des frais engagés : 21,279 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/10/2022
 Nom et prénom du malade : AFRANI Bouchaib Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Céphalées
 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 : Oujda Le : 20/12/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0007509

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1735
 Nom de l'adhérent(e) : AFRANI Bouchaib
 Total des frais engagés : 21,279 Dhs
 Date de dépôt : 20/12/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
18/10/22	C)		302,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
PHARMACIE H. LAMHARCHI Dr. HALLOUK Bekkaye Lot 5 Essalama Lot num 860 OUJDA - Tél: 05 36 51 06 48 INPE: 082002800	17-10-2022	2127,90

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

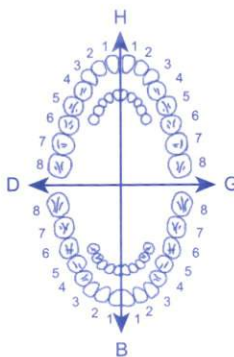
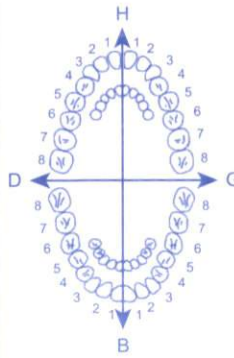
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. Yassine MEBROUK

Neurologue

Professeur de Neurologie

Faculté de Médecine et de Pharmacie d'Oujda

Spécialiste des maladies du cerveau

et de la moelle épinière

Adulte et Enfant

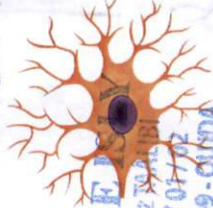
Explorations électroneurophysiologiques

Électroencéphalogramme (EEG)

Électromyogramme (EMG)

Électroneuromyogramme (ENMG)

Potentiels évoqués visuels (PEV)



البروفيسور ياسين مبروك

أستاذ بكلية الطب والصيدلة بوجدة

إختصاصي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

الكبار والأطفال

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Oujda, le 17/10/2021 في وجدة،

M. BOUCHAIB AMOUCAM

46 900 x 3
140 700

1 - Don2ep 100g

12680 x 3
38040

2 - AG - Dep 800

1 - G - O

(Don)

pol 3ms

LOT 200838 1
EXP 02/2025
PPV 469.00 DH

LOT 200838 1
EXP 02/2025
PPV 469.00 DH

LOT 200838 1
EXP 02/2025
PPV 469.00 DH

LOT 380
PER: AVR 2024
PPV: 126 DH 80

LOT 391
PER: MAI 2024
PPV: 126 DH 80

LOT 390
PER: MAI 2024
PPV: 126 DH 80

Rendez-vous : 06 26 96 36 99 - المواعيد : Urgences : 06 66 72 36 34 - المستعجلات

E-mail : mebrouky@gmail.com - البريد الإلكتروني

M350x3=340,50

3 - Medegapandif (SV) *

LOT: 054
PER: AUT 2024
PPV: 113 DH 50

G — G — 1

LOT: 054
PER: AUT 2024
PPV: 113 DH 50

2127.90

de c...

pd 3.

LOT: 053
PER: AUT 2024
PPV: 113 DH 50

Dr. Yassine FEBROUK
Professeur Agrégé
Centre Hospitalier Universitaire
Mouhamed VI
DUDA
INPE: 081447827

PHARMACIE HAY LAMARCHI
Dr. KHALOUSSY Berkaye
Lotis Essouf, pot num 869
OUJDA - Tel: 0326 51 06 48
INPE: 082092800

CLINIQUE ISLY

MEDICO-CHIRURGICALE

12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef
Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax: 05 36 70 02 49

OUJDA

ICE: 001710110000097



Oujda, le 17/10/11

FACTURE

N° 002089

Nom : Amrani

Prénom: Bouchaib

Consultation: c

Montant (en chiffres): 30010

Arrêtée la présente Facture à la somme de: Troiscent 01

Cachet et signature

CLINIQUE ISLY
12, rue Abdelaziz Taâlibi
Tél: 05 36 70 07 01 / 02
Fax: 05 36 70 02 49 - OUJDA