

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0034848

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2135 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... 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) : .....

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0034848

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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.

## 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	Cœfficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F**  
**PROTHÉSES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.  
Veuillez fournir une facture.

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	Coefficient des															
					Montant des soins															
					Début d'exécution															
					Fin d'exécution															
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux															
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 10px;">D</td><td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: bottom; padding-bottom: 10px;">H</td><td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: bottom; padding-bottom: 10px;">G</td><td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: bottom; padding-bottom: 10px;"></td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">25533412 00000000</td><td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"> </td><td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">21433552 00000000</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td><td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"> </td><td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">00000000</td><td></td></tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">35533411</td><td style="text-align: center; vertical-align: bottom;"> </td><td style="text-align: center; vertical-align: bottom;">11433553</td><td></td></tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>				D	H	G		25533412 00000000		21433552 00000000		00000000		00000000		35533411		11433553	
D	H	G																		
25533412 00000000		21433552 00000000																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
					Montant des soins															
					Date du devis															
					Fin de															



W18-141730

DATE DE DEPOT

07.11.2022

P<sup>m</sup>  
P<sup>m</sup>w<sup>m</sup>

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135	 <b>RGUEGU</b> Professeur Mouad Nouri Chirurgien Urologue Clinique ACHRAFIA - OU Dr. Med. Jeloul 3 Tél: 05 36 53 06 06 Fax: 011 11 18 70
Nom & Prénom Mouloud RGUEGU		Fonction : Retraité	
Phones 0536 50 13 09		Mail HAY ELAND ALous Bn. 11 <sup>e</sup> BOUHLLALI N° 82. Oujda	
MEDECIN	Prénom du patient RGUEGU Mohammed		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 71 ans Date 19/09/22
Nature de la maladie H. B. P		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes CS	Nbre de Coefficient Ech	Montant détaillé des honoraires 3000DH	
PHARMACIE		Date	
Montant de la facture		Signature et cachet du Pharmacien	
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
AM	PC	IM	IV
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	



# مصحة الشفاء وجدة

## CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

OUJDA Le 19/09/2022

### Compte Rendu d'Echographie VesicoProstatique et rénale

RGUIEGU Mohammed

#### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES SOMMAIRES :

TR MICT

#### EXAMEN ECHOGRAPHIQUE :

##### -Appareil utilisé SONOACE X4, Sonde 3,5 Mhz :

- Le rein droit est de taille normale de contours réguliers avec des cavités calicielles **fines** avec Bonne différenciation corticomedullaire.
- Le rein gauche est de taille normale de contours réguliers avec des cavités calicielles **fines** avec Bonne différenciation corticomedullaire.
- La vessie à paroi fine normale.
- **Prostate homogène régulière augmentée de volume à 40Cc.**
- Foie, Rate normaux.

Signé : Pr Mouâad NOURI

Dr. Mouâad NOURI  
Professeur Privé  
Chirurgien Urologue  
Clinique Achifaa Oujda  
Bd. Med Jelloul 3 - Oujda  
Tel: 05.36.53.06.06  
Mob: 06.11.18.70



080061898





# مصحة الشفاء وجدة CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Facture N° : 2209/F001

19/09/2022

Nom et prénom :	RGUIEGU Mohammed
Date Consult. :	19/09/2022
Actes :	
	Désignation
	Total
	300.00
	Total
	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents Dirhams

**Dr. MOUAD NOURI**  
Professeur Agrégé  
Chirurgien Urologue  
Clinique ACHIRAA - OUJDA  
Bd. Mod. Jejouwi 3 - OUJDA  
Tel: 05 36 53 06 06  
INP: 101111870



080061898

**Clinique Achifaa:** Bd Med Jelloul 3 - Oujda - Tél:05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09 - Fax: 05.36.53.03.53 - Gsm: 06.71.37.02.69  
E-mail: mohamednouri2003@yahoo.com - FB/Clinique Achifaa Oujda - Youtube/Clinique Achifaa Oujda  
T.P:11277320 - I.F:15201462 - ICE:00170270800034 - CNSS: 4207892 - BMCE BANK RIB: 01157000001210003631690