

## 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

- 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.

M22- 0035750

Autres

Optique

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2135

Actif

Pensionné(e)

Société :

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

*Day tour 1  
137153*

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjointe

Nature de la maladie :

Conjoints

Enfant

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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- 0035750

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

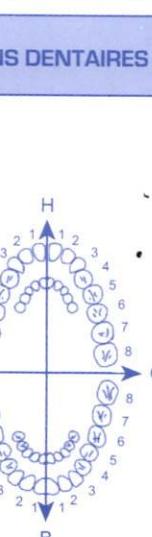
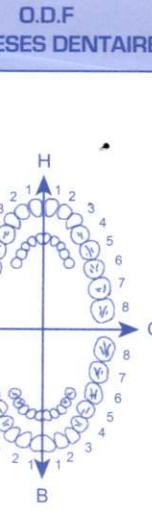
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

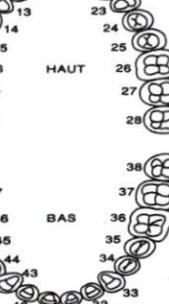
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																					
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
					Coefficient des travaux																
					Montants des soins																
					Début d'exécution																
					Fin d'exécution																
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
			<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux
	H		G																		
	25533412	21433552	00000000	00000000																	
	D		B																		
	00000000	00000000	35533411	11433553																	
					Montants des soins																
					Date du devis																
					Date de l'exécution																

## 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	
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
				<b>Début d'execution</b> <input type="text"/>
				<b>Fin d'execution</b> <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
	D	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
		D 00000000 35533411	G 00000000 11433553	<b>Date du devis</b> <input type="text"/>
		<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		
				<b>Fin d'execution</b> <input type="text"/>
Vise et cachet du praticien attestant le devis		Vise et cachet du praticien attestant l'exécution		



P17/ 050325

**DATE DE DEPOT**

03/11/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme 21351															
Nom & Prénom Mokammel R. GUIEGU. M.																	
Fonction Re亭ante	Phones 0536501309																
Mail HAY EL AYALA 100 B6 med 02 BOUHLALI N° 82 009.																	
MEDECIN	Prénom du patient LAMARATI. Yassine																
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1956														
Nature de la maladie		Date 1ère visite 28/11/2022															
<p><i>Douleur Dorsale</i></p> <p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p>																	
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires															
28/11/2022	15 x 5	# 600 DH															
222	PHARM																
PHARMACIE	Date 28/10/2022																
Montant de la facture 136.20																	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date															
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires																
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date															
<table border="1"> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> <th rowspan="2">Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Nombre				Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV					
Nombre				Montant détaillé des Honoraires													
AM	PC	IM	IV														



# مصحة الشفاء وجدة

## CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Facture N° : 491/1022

29/10/2022



080061898

Nom et prénom :	Madame LAMRABTI YAMINA
Date Consult. :	28/10/2022
Actes :	<ul style="list-style-type: none"><li>- Consultation</li><li>- PHARMACIE</li></ul>

	Désignation	Total
- Consultation Médecin		400.00
- pharmacie		200.00
Total		600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de six cents Dirhams

Clinique ACHIFAA-Oujda  
Boulevard: 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:001702708000034 - CNSS: 4207892 - BMCE BANK RIB: 011570000001210003631690



080061898





# مصحة الشفاء وجدة

## CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

## Détail Pharmacie



Nom et prénom du patient : LAMRABTI YAMINA

Désignation	Prix Unitaire	Quantité	Montant
ANDOL	18,62	1,00	18,62
GANTS PROPRES	3,00	1,00	3,00
INTRANULE ROSE	5,00	2,00	10,00
LOXEN INJ	13,78	1,00	13,78
MAGNESIUM	10,00	1,00	10,00
Oedes inj	95,00	1,00	95,00
PIROCAM INJ	11,00	1,00	11,00
SERINGUE 10 CC	3,00	2,00	6,00
SERUM SALE 0.9	20,60	1,00	20,60
TUBULURE	12,00	1,00	12,00
<b>Total :</b>			<b>200,00</b>

Total : **200,00**



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



Dr BADEMANA WORGUE Xavier  
Médecin Généraliste-Urgentiste  
Lauréat De La Faculté De Médecine  
Et De Pharmacie Oujda



LAMIZABTI yamna 28/10/2022

13.20

19.6mg 189

45.70

140x3] v

2) Colta 4mg 9P

31.30

140x2] 1 v

3) Brufen 400mg 9P

42.0?

140x3] v

9) Omz 20mg gel/10

—  
T<sup>o</sup> 136.20

Clinique ACHIFAA-OUJDA  
Boulevard de Med Jelloul 3 - Oujda  
Tél: 05 36 53 08 08 / 05 36 53 09 09  
Fax: 05 36 53 03 55

Omiz 20mg  
14 gélules



6 118000 092421

Coltrax® 4 mg

12 comprimés

6 118000 120322

BRUFEN®

400 mg Ibuprofène  
30 Comprimés pelliculés



6 118000 080015

CETAMYL® 1000 mg  
PARACETAMOL  
Boîte de 10 comprimés P.P.V. : 13,20 DH



6 118000 191438

42,00

45,70

35,30

الآلام والحمى  
ملي 1000 ملغ

Lot N° / Date Per. :