

## 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : per@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

N° W21-770616

Par  
coucher

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2242 Société : R I A M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAKHOUKH MOHAMMED

Date de naissance : 28/8/1952

Adresse : BP: 6414 OUJDA HABOUS

Tél. : 0665658251 Total des frais engagés : 3000 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAJIDOUKH Taha Age: 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hernie Inguinale bilatérale

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 : 13/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-770616

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 : 2242

Nom de l'adhérent(e) : MAJIDOUKH

Total des frais engagés : 3000 DH

Date de dépôt : 13/02/2023



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	
07/11/2008	ES	XCS	100,00	INP : 08/11/2009	

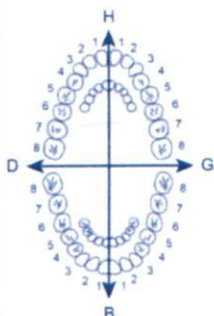
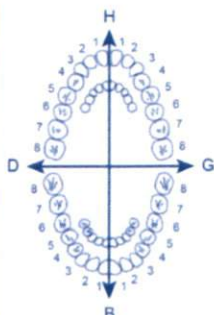
VOLET ADHERENT

# 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	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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



# الشفاء وجدة CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

MAKHOUKH  
MOHAMMED

Le 08-11-22

Mohammed

2200100

1

Dr. Mokhtar

SV  
TOP

pour fixation de la  
plaque

صيدية قصر العدالة  
Pharmacie Palais de Justice  
DR YAHYA ZAIM  
Lot IRIS P... tah...  
OUJDA - TEL: 05 36 53 25 00

Dr. Mokhtar SAMATOU  
Chirurgie Générale et Viscérale  
URGIE ONCOLOGIQUE  
INPE: 081152153  
Tel: 05 61 06 73 10



INPE : 082062647



080061898







# مصلحة الشفاء وجدة

## CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

MAKHAN KH  
MOHAMMED

le 09-11-22

Bilan

NFS - Ure - Creatinine -  
glycémie - TP - TCR -  
Dosage PSA

Dr. Mokhtar SAMATOU  
Chirurgie Générale et Viscérale  
CHIRURGIE ONCOLOGIQUE  
INPE: 081152159  
Tél: 06 61 08 73 10

مختبر الزغلي للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ZEGHLI  
DR El Hassane ZEGHLI  
71, 24 Allal Ben Abdellah - Oujda  
TEL: 05 36 66 44 44



080061898





# مصحة الشفاء وجدة

## CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Facture N° : 213/1122

09/11/2022



080061898

Nom et prénom : Monsieur MAKHOUKH MOHAMMED

Date Consult. : 09/11/2022

Actes :

- Consultation

Désignation

Total

- Consultation Médecin

300.00

Total

300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents Dirhams

Clinique Achifaa-Oujda  
Boulevard Med Jelloul 3 - Oujda  
Tél.: 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09  
Fax : 05.36.53.03.53



080061898



# LABORATOIRE ZEGHLI D'ANALYSES MEDICALES

Dr ZEGHLI Hassane  
Pharmacien biologiste  
Lauréat de la faculté de médecine de RABAT  
71 BD ALLAL BEN ABDELLAH Oujda  
Tél / Fax: 0536 683 536

ICE : 001549063000050 RC : 70634 - IF : 13332910 - Patente : 10703292 - CNSS : 6148763  
INPE: 083062562

Oujda le 17 novembre 2022

Monsieur MAKHOUKH MOHAMMED

FACTURE N°	93495
------------	-------

## Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Temps de céphaline active -----	B	40	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
PSA totale -----	B	300	Total : B 550

## Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	500,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cents Dirhams

مختبر التحاليل الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ZEGHLI  
DR El Hassane ZEGHLI  
71, Bd. Allal Ben Abdellah - Oujda  
TEL: 05 36 68 35 36