

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 praticien 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 canalaire, 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 canalaire.

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.



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 courrier
N° 2023

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2242

Société :

R.I.M

Actif

Pensionné(e)

Date de naissance :

28/08/1952

Adresse :

B.P. 6414 OUTADA HAOUSSA

Tél. :

0665658251

Total des frais engagés :

3000

Dhs

Optique

Autres

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

ONDA

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) :

MAKHOUKIT MOHAMMED

Total des frais engagés :

3000 Dhs

Date de dépôt :

13/02/2023

Autorisation 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
07/11/2011	es	XCS	100% FAX TELE	INP : DIX M USE 189 ACHIFAN Med helio/01 06 08 / 05 36 36 53 03 5

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Palais de Justice DR Yahya ZAINA Int IFRIC 1000 OUDHA - EL: 05 36 33 22	29/01/2022	2200,00 DZ

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZECHLI <i>Allal Ben Abdallah - DRAZ Bd. Allal Ben Abdallah - 2012 - ZAGHOUAN</i>	17/11/22	Ré. 550	55000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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	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"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, 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

2200.00

D Prostek 180

pour fraction de la
plaque

صيدلية العدالة
Pharmacie Palais de Justice
DR Yahya ZAIM
Int IRIS - P. 2^e étage - 1^{er} étage
OUJDA - TEL: 05 36 53 25 00

Dr. Mokhtar SAMATOU
Chirurgie Générale et Viscérale
CHIRURGIE ONCOLOGIQUE
INPE: 081162139
Tel: 05 61 08 73 10

INPE : 082062647



080061898



مصحة الشفاء وجدة CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

M KHOUKH
MOHAMED

le 08-11-22

Brahim

NFS - VCA - creatinine -
glycémie - TP - TCK -
Doseage PSA

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

مختبر المرضى الشفاء وجدة
الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES
DR MEDICALES ZEGHLI
DR El Hassane ZEGHLI
712d Alai Ben Abdellah - Oujda
TEL: 05 36 53 08 08



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 Abdellatif Benjelloul 3 - Oujda
Tél: 05.36.53.08.08 / 05.36.53.09.09 - Fax: 05.36.53.03.53
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

لaboratoire d'analyses
medicales ZEGHLI
Dr El Hassane ZEGHLI
71, Bd. Allal Ben Abdellah - Oujda
TEL: 05 26 68 25 32