

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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-574444

ND=44811

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 459 Société : RAY RETRAITE

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : NESSAOUR Houria

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0644 09883 Total des frais engagés : 950 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 :

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) : [Signature]



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-574444

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 :

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

N° W19-538246

W19-543317

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 452

Matricule : 452 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : MESBAÛZ HOUSSA

Date de naissance : 1940

Adresse : _____

Tél. : 0644008835 Total des frais engagés : 990 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. NOURI Moutad**
Médecin assistant en chirurgie générale et anatomie
Professeur en Urologie

Date de consultation : 26/05/16

Nom et prénom du malade : MESBAÛZ HOUSSA Age : 80

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infection

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.

Le : _____ / _____ / _____

Fait à : _____
Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-538246

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

Matricule : 452

Nom de l'adhérent(e) : HOUSSA

Total des frais engagés : 990

Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



مصحة الشفاء وجدة CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

26/12/2020

M. HOUMAD MESSAOUDI

DR AHMAIDI HOUMAD
Spécialiste en Anesthésie
Réanimation
CLINIQUE ACHIFAA

1) NFS

2) TP, FCA

3) Divers Exp. Lab

Laboratoire LES IRIS
D'analyses Médicales
Dr MOKHTARI Slimane
78, Rue Oued Mass, Quartier Les Iris
Au dessus Café SIRA en Face CHU
OUJDA - Tél/Fax: 0536 53 45 10

DR AHMAIDI HOUMAD
Spécialiste en Anesthésie
Réanimation
CLINIQUE ACHIFAA
Bd. Med Jelloul 3 - Oujda



080061898



PATENTE: 11200785 -- IF: 26147335 -- ICE: 002148177000080 -- INPE: 083062794

FACTURE: 0878/20

Oujda le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

26/05/2020
MR HOUMAD MESSAOUDI
20E256

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	75
TP.TAUX DE PROTHROMBINE.TEMPS DE QUICK	40
TCA.TEMPS DE CEPHALINE ACTIVATEUR.TCK	40
IONOGRAMME COMPLET	200
Total du (B)	B 355
Prise de sang (PC)	0.00 DH
Montant en DH	390.00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: TROIS CENT QUATRE-VINGT-DIX DIRHAMS

LABORATOIRE
D'ANALYSES MEDICALES


 Laboratoire LES IRIS
 D'analyses Médicales
 Dr MOKHTARI Slimane
 78, Rue Oued Massa - Quartier Les Iris
 Au dessus Café Sitka en Face CHU
 OUJDA - Tél/Fax: 0536 53 45 10



مصحة الشفاء وجدة

CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Facture N° : 286/0520

26/05/2020



080061898

Nom et prénom : Monsieur MESSAOUDI HOUMAD

Date Consult. : 26/05/2020

Actes : - Consultation

Actes :

Désignation	Total
- Consultation Médecin	300.00
Total	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents Dirhams

CLINIQUE ACHIFAA-OUJDA
Bd Med. Jelloul 3 - OUJDA
Tél: 0536 53 08 08 / 0536 53 09 09
Fax : 0536 53 03 53



080061898





مصحة الشفاء وجدة

CLINIQUE ACHIFAA OUJDA

Facture N° : 285/0520

26/05/2020



Nom et prénom : Monsieur MESSAOUDI HOUMAD

Date Consult. : 26/05/2020

Actes : - Consultation

Désignation	Total
- CONSULTATION UROLOGUE DR MOUAD NOURI	300.00
Total	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de trois cents Dirhams

CLINIQUE ACHIFAA-OUJDA
Bd. Med. Jelloul 3 - OUJDA
Tél: 0536 53 08 08 / 0536 53 09 09
Fax : 0536 53 03 53



080061898



Clinique Achifaa : Boulevard Med Jelloul 3 - OUJDA - Tél. : 05 36 53 08 08 / Tél. : 05 36 53 09 09 - Fax : 05 36 53 03 53 - GSM : 06 71 37 02 69

E-mail : mohamednouri2003@yahoo.com - www.chifaaoujda.com - youtube/clinique achifaa oujda

T.P. : 11277320 - I.F. : 15201462 - I.C.E. : 001702708000034 - C.N.S.S. : 4207892 - BMCE BANK OUJDA RIB = 01157000001210003631690