

# 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

- 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'H Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0006122

RECEPTION  
MUPRAS

My  
Facture  
50 Dhs

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2835

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e),

Autre :

Nom & Prénom : EL JTKARI Abdellah

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : El Guelmoune El WAFAA ANN Y

Tél. : 06.67.54.34.60 Total des frais engagés : 291,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr OMAR BEN  
Médecin  
INPE : 09 10 44 719

Date de consultation : 19/01/2023

Nom et prénom du malade : Skitali Maryam Age :

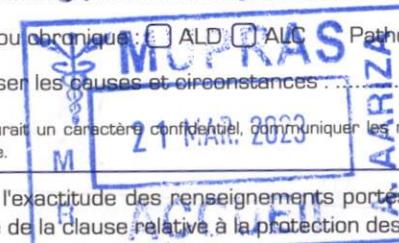
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sindik x 8. crise

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 : Dezaga

Le : 30/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : Habib

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 19.01.23        | C2                |                       | 211,80                          |  |
|                 | Aspirine          |                       | 50,00                           |  |
|                 | Tarcit            |                       | 269,80                          |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACIE EL OUMOUNA<br>244 lotissement el wafa<br>Dergue<br>Fix : 05.22.53.20.54<br>INPE:062095070 | 19.01.23 | 211,80                |

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | 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 |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

### 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 | Coefficient des Travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                 |                |                  |             | Coefficient des Travaux |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                 |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

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

DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

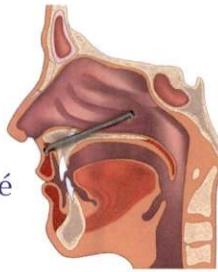
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR  
Omar BRISS

# Dr. Omar BADISS

## Oto-Rhino-Laryngologue

Maladie et Chirurgie du Nez  
Gorge - Oreille - Face et Cou  
Exploration et traitement de surdité  
Vertige - Troubles de la voix  
Endoscopie  
Ronflement - Allergie  
Chirurgie de la thyroïde



د. عمر باديس  
اختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق  
إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف  
و الحنجرة - الأذن - الوجه و العنق  
تشخيص و علاج الصمم  
الدوخة - اضطرابات الصوت  
الفحص بالمنظار  
الشخير و الحساسية  
أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le ١٩.٧.٢٠٢٣

Station Rayan

fracture

C 2 200, ٥٥

Aspiratin ٦٥١, ٥٥

Torcite

260, ٩٠

Dr. Omar BADISS  
Médecin O.R.L.  
INPE : 09 10 44 719

تمارة نورا 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة

Lot. Noura 5, Rue Badr, Aptt N°3, 1<sup>er</sup> étage - Deroua

Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com

# Dr. Omar BADISS

## Oto-Rhino-Laryngologue

Maladie et Chirurgie du Nez  
Gorge - Oreille - Face et Cou  
Exploration et traitement de surdité  
Vertige - Troubles de la voix  
Endoscopie  
Ronflement - Allergie  
Chirurgie de la thyroïde



د. عمر باديس

اختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والرقبة

إخلاصائي في أمراض و جراحة الأنف  
و الحنجرة - الأذن - الوجه و العنق  
تشخيص و علاج الصمم  
الدوخة - اضطرابات الصوت  
الفحص بالمنظار  
الشخير و الحساسية  
أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deraou le 29/12/2023

Stiton

Laryon

PHARMACIE EL OUMOUWA  
244 lotissement el wafaa  
Fix : 05.22.53.20.56

21,80  
γ Polyklor jant 5  
4 jant x 24 x 10  
S.V.

PHARMACIE EL OUMOUWA  
244 lotissement el wafaa  
Fix : 05.22.53.20.56

INPE : 09 10 44 719  
Medecin O.R.L.  
Dr. Omar BADISS

21,80

رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة

Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1er

Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarba

