

# 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

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horsette Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (EG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-682452

*Par  
Lamine*

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

*3550*

Société :

*R.A.R.*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

*ABDELMOUNNI Rachid*

Date de naissance :

*06/03/1956*

Adresse :

*N°3 Rue Chourouk Ity Afrouztab hall 045 DA*

Tél. :

*0666 788634*

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

*ABDELMOUNNI Rachid*

Age: *67*

Nom et prénom du malade

*ABDELMOUNNI Rachid*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*INUSIPE*

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 : *065 DA*

Signature de l'adhérent(e) :

*Rachid*

Le : *09/05/2023*

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-682452

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 : *3550*

Nom de l'adhérent(e) : *ABDELMOUNNI*

Total des frais engagés : *355,70*

Date de dépôt : *09/05/2023*

## 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
Avril 2023	5		25000	INP : 081158010

INP : 081156010

5-6 Anri 2023.c.s

Avril 2023 Sofibeach Paris

250 24

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACHA Dr. Dr. Mokhtar M. M. M. 24-54 10 10 - OUJDA 082074931	24/24/23	15570

INPE 082074931  
Mokhla  
36 54 10 10

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET DES TRAITS

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'UDR.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>						
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>						
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>						
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>						
				<b>RN d'exécution</b> <input type="text"/>						
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D	B	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>
H	G									
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553									
D	B									
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>						
				<b>Date du devis</b> <input type="text"/>						
				<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. SALHI Yahya

Spécialiste en ORL & Chirurgie  
Cervico - Faciale

Angle Rue Jakarta et Lt Belhouchine  
Imm. Saidi - 3<sup>ème</sup> étage - OUJDA  
Tél. : 05 36 70 22 70



## الدكتور صالحى يحيى

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق  
زاوية زنقة جاكرطا وليوتنو بلكسين  
عمارة سعيدى - الطابق الثالث - وجدة  
الهاتف : 05 36 70 22 70

## Ordonnance

Oujda, le ..... 24 Avri 2023

ABDELMOUMNI rachida

### COMPTE-RENDU: NASOFIBROSCOPIE

- Fosses nasales : FLUX NASALE PRESENT  
RHINITE +  
RHINORHEE LEGERE POST FÉTIDE / SINUSITE  
AIGUE  
PAS DE PNS

- Cavum : LIBRE

- Pharyngo-larynx : PHARYNGITE AIGUE SANS  
LESIONS SUSPECTES / LARYNX D ASPECT  
NORMAL / RGO +

Dr. SALHI Yahya  
Spécialiste ORL / Chirurgie  
Cervico Faciale  
Angle Rue Jakarta / Lt. Belhouchine  
Imm. Saidi - 3<sup>ème</sup> Et. - OUJDA  
Tél. 05 36 70 22 70

---

Audiométrie - Impédancemétrie P.E.A  
Endoscopie Naso-pharyngo-Laryngée  
Microscope

**Dr. SALHI Yahya**  
Spécialiste en ORL & Chirurgie  
Cervico - Faciale

Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine  
Imm. Saidi - 3<sup>ème</sup> étage - OUJDA  
Tél. : 05 36 70 22 70



**الدكتور صالحى يحيى**

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق  
زاوية زنقتي جاكرطا وليوتنو بلحسين  
عمارة سعيدى - الطابق الثالث - وجدة  
الهاتف : 05 36 70 22 70

## Ordonnance

24/04/2023

Oujda, le .....

## NOTE D'HONORAIRE

**ABDELMOUMNII rachida**

Règlement d'une somme de : (500 Dhs)

pour : Consultation ORL : (250 Dhs)

+

Nasofibroscopie : (250 Dhs)

*Dr. SALHI Yahya  
Spécialiste ORL / Chirurgie  
Cervico - Faciale  
Angle Rue Jakarta / Lt Belhoucine  
Imm. Saidi - 3<sup>ème</sup> étage - OUJDA*

---

**Audiométrie - Impédancemétrie P.E.A  
Endoscopie Naso-pharyngo-Laryngée  
Microscope**

10/05/2023

(8h30)

Mercredi

