

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

A79258

**Déclaration de Maladie : N° S19-0044956**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12854 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Taydaoui Date de naissance : 07/09/86

Adresse : 34 Bd oued oum Rbia

Tél. : 06 61 31 94 55 Total des frais engagés : 803 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/01/23

Nom et prénom du malade : El Taydaoui Age : 37

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection ORL/AOUT 2023

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 : Casablanca

Le : 15/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

El Taydaoui

#### **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
18/04/2013		3 + 1/10	800 F	 Centre ORL de Diagnostic et d'Evaluation C.O.D.E AL FARAH Angle Rue Jean Jaurès et Stalingrad Tel: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 10 52  Centre ORL de Diagnostic et d'Evaluation C.O.D.E AL FARAH Angle Rue Jean Jaurès et Stalingrad Tel: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 10 52  INPE : 091040949

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

#### **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

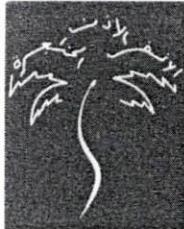
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**code**  
AL FARABI

**مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS**

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 /30 30 FAX :022 20 18 85

**NOTE D'HONORAIRES**  
**NASOFIBROSCOPIE**

Le ..... 18 AVR. 2023

Reçu la somme de .....

Huit Cent Dirhams / 800 Dr

De Mr, Melle, Mme .....

ELMAJDAOUF  
AZIZA

Pr. H. CHELLY  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
ANGLE JEAN JAURÈS ET BRAHIM ROUDANI CASABLANCA  
Tél : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85  
INFE : 09 040949  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
ANGLE JEAN JAURÈS ET BRAHIM ROUDANI CASABLANCA  
Tél : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85  
INFE : 09 040949

Pour consultation ORL + nasofibroscopie (G3 + K10)