

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-541599

*Conseil*

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>2408</u>		Société : <u>177469</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>BOUABDELLAH CHRIFA</u>
Nom & Prénom : <u>BOUABDELLAH CHRIFA</u>			
Date de naissance : <u>03/09/49</u>			
Adresse : <u>84, Rue cheikh oucine aux oto</u>			
Tél. : <u>0666190562</u>		Total des frais engagés : <u>340,70</u> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">           Dr SALHI Chirurgie            Spécialiste ORL / Chirurgie            Cervico Facial            Angle Rue Mohamed Fakir - 6ème étage            Imm. Said - 2ème étage            Casablanca 20000         </div>			
Cachet du médecin :			
<u>Boabdellah chrifa</u> Age : <u>70</u>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>Boabdellah chrifa</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>vertige + rhumate</u>			
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 : 644 du 19/10/23 Le : 19/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

### 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
2009/11/01	2009/11/01	2009/11/01	2009/11/01	INP : 081156010 SALIM CHOUHAD Spécialiste de la Faciale S. Chouhad S. Chouhad S. Chouhad

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
08/09/2018	19/09/2018	140,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

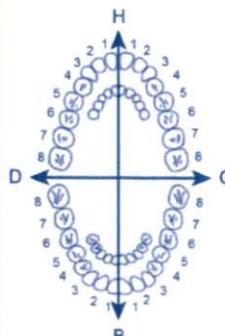
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

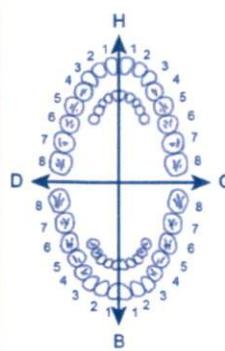
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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	

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 وليوتونو بتحسين  
 عمارة سعيدى - الطابق الثالث - وجدة  
 الهاتف : 05 36 70 22 70

*Bouazza b delliha* Ordonnance  
*Cherif* Oujda, le **19 Sept 2023**

30,10  
 —————  
 1

① Tangamil 500 **S.V.**

140 x 3 10g

78,60

② Ponodes Syng **S.V.**

140 50g

12,00

③ Betnoval cre **S.V.**

120 x 26 19

140,70

صيدلية مولاي ادريس  
 7، شارع ابريس الافicher - وجدة  
 Tel : 0536 68 43 99 / Fax : 0536 70 22 51

**SALHI Yahya**  
 Spécialiste ORL / Chirurgie  
 Cervico Faciale  
 Angle Rue Jakarta / Lt. Belhouchine  
 Imm. Saidi - 2<sup>ème</sup> Et. - OUJDA  
 Tél. : 05 36 70 22 70

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

