

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

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



## Déclaration de Maladie

W21-835025

194745

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8591 Société : R.A.C

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EL YASTI MOUHAMMED

Date de naissance : Habituelle

Adresse :

Tél : 0660667012 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

دكتور طلال نصري  
اختصاصي في أمراض الأنف والأذن والحنجرة  
67 شارع مولاي اسماعيل برشيد  
05 22 53 49 49

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/01/2024

Nom et prénom du malade : ZILALINE MANAL Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : VPPB

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 : Le : 06/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

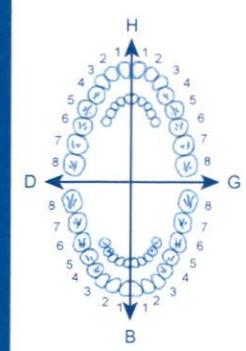
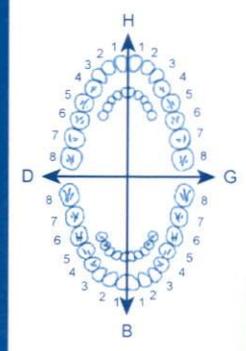
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
06/01/24			3000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/01/24	3000,00

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																													
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																													
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																													
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	Coefficient DES TRAVAUX																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
					<input type="text"/>																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				Coefficient DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">B</td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D			G	00000000	00000000	00000000	11433553	35533411				B				<input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552	00000000	00000000																									
	D			G																									
	00000000	00000000	00000000	11433553																									
	35533411																												
	B																												
		<table border="1"> <tr> <th>[Création, remont, adjonction]</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> </table>				[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<input type="text"/>																			
	[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires																											
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																												
		<input type="text"/>																											
		<input type="text"/>																											
		<input type="text"/>																											
		<input type="text"/>																											
		<input type="text"/>																											
		<input type="text"/>																											
		<input type="text"/>																											
		<input type="text"/>																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

**Dr. Noussair TALAL**

**Spécialiste**

En Oto - rhino - Laryngologie

Chirurgie Cervico - Faciale

Audiométrie - Impédancemétrie

Endoscopie ORL



**الدكتور نصير طلال**

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف

(الحساسية و ضيق التنفس) و الأذن و الحنجرة

جراحة الوجه - العنق (الغدة الدرقية)

تخطيط السمع و قياس ضغط الأذنين

التشخيص بالمنظار

**ORDONNANCE**

MANATE *[Signature]*

Berrechid le : 06.07.2017 : بشيد ف

5910

TANGANIL (SV)

1cp x 4-5lf

1cp x 3lf

71,30 x 2 1cp x 2lf

TANALCAN (SV)

1cp x 3lf

1191-

oxyprop 3lf (SV)  
1cp x 3lf

311,70

Pharmacie AL IZDIHAR  
149 Quartier AL IZDIHAR  
Berrechid  
Tél: 05 22 53 49 49  
Fax: 05 20 84 44 47

**دكتور طلال نصير**

إختصاصي في أمراض الأذن والحنجرة

87 شارع مولاي اسماعيل برشيد

05 22 53 49 49

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Tanganil 500mg cp b30  
P.P.V: 50,10 DH  
118001 183340



71,30

71,30

Lot / Batch n°:

Exp. date:

PPC (DH):

119100

87, شارع مولاي اسماعيل الطابق الثاني طرق حد السوالم برشيد - الهاتف : 05 22 53 49 49

987, Bd. Moulay Ismail - 2ème étage - Route de Had Soualem Berrechid - Tél : 05 22 53 49 49

0677 45 59 55