

# 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.

N° W19-526032

**Maladie**  **Dentaire**  **Optique**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **224111** Société : **RAM**

Matricule : **11459**  **Actif**  **Pensionné(e)**  **Autre** :

Nom & Prénom : **MEKBOUL**  **Hind**

Date de naissance : **04/03/1976**

Adresse : **Bougogne**

Tél. : **8370** Total des frais engagés : **553,3**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Mehmed Hind** Age :

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfan**

Nature de la maladie : **Affection 021**

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **22/12/2022** Le : **22/12/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W19-526032

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

### 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
11/02/2020	2		300 > 16	INP : <i>Dr. MCA-A. C.R. Centre ORL de Diagnose et de Traitement C.O.D.E.A.L. 100, Avenue de l'Indépendance Casablanca - 10100 Casablanca - Tel: 05 22 26 18 18 INP : 09103753</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie Casablanca - Tel: 05 22 26 18 18</i>	22/02/2020	253,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

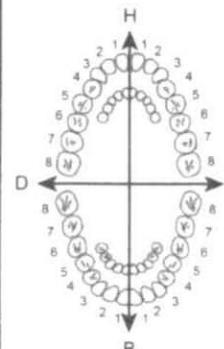
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

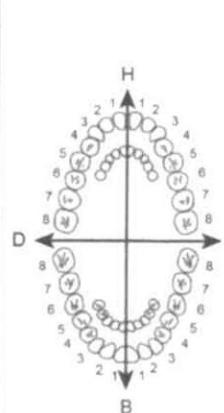
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

### 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Casablanca le 22/02/2020

Casablanca, le .....

Mademoiselle

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

HIND MEKOUL

58,40

**EFFIPRED 20 mg**

3 cp le matin pdt 6 jours

22,70

**RINOMYCINE SACHETS**

1 SACH \* 3 PAR JOUR PDT 4 JOURS

79,50

**FITOPOLIS SIROP ADULTE**

1 CAS \* 3 PAR JOUR PDT 7 JOURS

27,90

**VIT C 1000 EFFERVESCENTE**

1 comprimé matin pendant 15 jours.

65,00

**SELVA CAMOMILLE**

1 APP \* 3 PAR JOUR

253,30

Signé : Professeur HESSISSEN M A

Pr. Med. A. HESSISSEN  
Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations  
C.O.D.E.A. Casablanca  
161, Avenue Jean Jaurès Casablanca  
INR-E : 0910534733



**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 11/2022  
LOT 90021

22,70

Contente non TOC ....

Lot:  
A consommer  
de préférence avant le:  
PPC: 79,50 DH

191122  
11-2022

**Vita C 1000®**

PPV 27DH70

EXP 05/2021

LOT 96042



Pr. Med. A. HESSISSEN  
Centre ORL de Diagnostic et d'Explorations  
C.O.D.E.A. Casablanca  
161, Avenue Jean Jaurès Casablanca  
INR-E : 0910534733

**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&

7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 88 01 01  
0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069