

## 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

- |   |                      |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | contact@mupras.com   |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | pec@mupras.com       |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | adhession@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° W19-503621

Maladie       Dentaire      **22908**  Optique       Autres

Matricule : **4517**      Cadre réservé à l'adhérent (e) :  
 Actif       Pensionné(e)  
Nom & Prénom : **YAHIA KHALIS**  
Date de naissance : **28/16/62**  
Adresse : **2, RUE AT NELLOU, AU ZERTHOUNG  
SAOUSSE - RABAT**  
Tél. :      Total des frais engagés : **807,90 Dhs**

Cadre réservé au Médecin  
Cachet du médecin :  
Dr. Rahim KADA  
Docteur Spécialiste en O.R.L.  
10, Rue Jbel Moussa, Appt. N°2  
1er Etage, Agdal, Rabat  
Tél.: 05 37 61 16 15  
28 FFV. 2020  
MUPRAS  
ACCUEIL

Date de consultation : **21/12/19**  
Nom et prénom du malade :  
Lien de parenté :  Lui-même       Copjoint  
Nature de la maladie : **Amphius + rhinopharyngie**  
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : .....  


### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie  
**N° W19-503621**

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

### 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
21/01/2019	CS		300.DH.	<p>INP : 101108736  <b>Dr. Rahim KADA</b>          Spécialiste en O.R.L.          Docteur          10, Rue Jel M'hamed, Appart N°3          Tel: 05 27 63 68 64          Tel: 05 27 63 68 64          INP : 10205153</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Benjelloun SONIA Dr. BENJELLOUN SONIA 3, Av Zerhoun Sousse-Rabat Tel : 05 27 63 68 64 INP : 10205153	21/01/2019	507.90

### ANALYSES, RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<img alt="Diagram of a dental arch showing numbered teeth from 1 to				

# Docteur Rahim KADA

Ex. Médecin Colonel

de l'Hôpital Militaire Med V - Rabat

Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie

et Chirurgie Cervico-Faciale

Médecin Expert en Médecine Aérospatiale

AFSA d'ORL Pédiatrique - Paris VII

# ORL

# الدكتور رحيم قادة

طبيب اختصاصي سابق

بالمستشفى العسكري بالرباط

اختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن والأنف والحنجرة والعنق

أطفال - كبار

Rabat le : ..... 21/12/19 الرباط في :

Nom du patient : YAHIA ISRAEL

LOT:1084  
PER:04/21  
PPV:42,60DH

~~132,20 x 2  
265,20  
261,20 Roux 30~~

1 cp x 2 /,- x 04

~~90,90 x 2  
181,80~~

2. Stérimar Rhin.

2 pule narale 3x

42,60

3. Bricoblock AS

18,30 1 cp x 3 /,-

4. Doliprane :

1 cp 2 x 1,- x 05,-

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 90,90 DH

Importateur Exclusif  
Biocodex Maroc  
www.biocodex.ma  
P.P.C. 90,90 DH

STÉRIMAR

181,00

ROVAMYCINE 3MUI O  
CP PEL B16  
P.P.V : 132DH60  
LOT : 17/10/2021  
PER : 06/10/2022

ROVAMYCINE 3MUI O  
CP PEL B16  
P.P.V : 132DH60  
LOT : 08/10/2021  
PER : 06/10/2022

Dr. BENHILOUN SOMA  
Pharmacie Benhiloun Soma  
3, AV. TERRASSIER  
TELE: 05 37 67 13 45  
INPE: 102015153

Dr. Rahim KADA  
Docteur Spécialiste en O.R.L  
10, Rue Jbel Moussa, App. N°2  
1er Etage, Agdal - Rabat  
Tél: 05 37 67 13 45