

# 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0011111

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6136 Société : R A M  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
 Nom & Prénom : EL NORJANI LAILA  
 Date de naissance : 05/08/1963  
 Adresse : 12, Rue AIN Aouda Casablanca  
 Apt N°7 Rocine Casablanca  
 Tél. : 0661069518 Total des frais engagés : 165,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : EL NORJANI LAILA Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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 : 14 / 04 / 2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
14/04/2021	C3		600	Pr. A. BENCHALEM Professeur Agrégé Chirurgien O.R.L. & Maxillo-Faciale 58, Bd. Rachid - Casablanca ICE: 00171102404 - 0522 48 63 65 ICE: 00171102404 - 0522 48 63 65

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ALBAIDA 496, Bd. B. M. Lahri Hay Khalid Ben M'Sik CASA - Tél. 37.27.05	14-4-2021	165,40 DH

# 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.

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



**CLINIQUE RACHIDI**  
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE et  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER CO<sub>2</sub>-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
**IMPLANTATION COCHLEAIRE**  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Casablanca, le 14/4/2021.

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري  
جراحة الأذن والأنف والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق  
جراحة أمراض العيون  
الإنعاش الطبي والجراحي  
جهاز اللايزر  
جهاز السكاكير الجسماني الكلي  
زرع فوققة الأذن  
التشخيص والتحليلات

**مصحة الراشدي**  
مصحة الراشدي

**EFFIPRED® 20 mg**

PPV 58DH40  
EXP 01/2024  
LOT 00019 10

LOT : 0319  
PER : FEV 2023  
PPV : 20 DH 00

كساسين

LOT : M0450  
PER : 12/2022  
PPV : 87.000DH

حيوي



**Pharmacie ALBAIDA**  
496, Bd. B. M. Lahrizi  
Hay Khalid Ben M'Sik  
CASA - Tél. 37.27.95

**Pr. A. BENCHALEM**  
Professeur des Universités  
Chirurgien ORL et Maxillo-facial  
58 Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél. 0077102430 - 0037 4400 1022 103

**43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA**

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150  
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 29 48 36 / 37  
Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com



**43, شارع الراشدي - الدار البيضاء**

ص. و. ض. ج : 1037680 - رقم التعريف : 01020458 - س. ت. : 74087 - البنانا : 1037680  
الهاتف : 05 22 29 48 36 / 37 - 05 22 20 92 42 / 43 - 05 22 22 12 96  
الفاكس : 05 22 22 03 57

www.cliniquerachidi.com