

## RÉCOMMANDATIONS 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-630470

22884

CA

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11940

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SOBHI

NOUREDDINE

Date de naissance :

28 12 1958

Adresse :

Résidence Sun square Im 1 Appt 7

Our BOURZAT

Tél. : 066117 0601

Total des frais engagés :

126,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Khalid YOUSSEFI  
Spécialiste en ORL  
Clinique ORL Beauséjour  
198, Bd. Ghondi  
1090 Casablanca - Fax: 0522 99 42 40

Cachet du médecin :

Date de consultation :

05/01/2021

Nom et prénom du malade :

SOBHI NOUREDDINE

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affec

ORL

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 : Casablanca

Le : 31/05/21

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-630470

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 : 11940

Nom de l'adhérent(e) : SOBHI

Total des frais engagés : 126,20

Date de dépôt : 01/06/21

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
05/05/2011	u		300,-	INP :  Dr. Khalid Yousafji Spécialiste en ORL Clinique ORL Beauséjour 198, Bd. Ghandhi 1241 - Fax: 457-0942 40

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL JAOUI</b> <b>Dr. JAOUI Bouchra</b> <b>Rue 22 N° 36 Hay El Hana</b> <b>Casablanca</b> <b>Tél.: 0522 39 9 24</b>	05-05-21	126,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **VOLET ADHERENT**

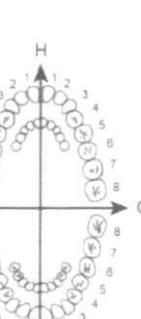
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS										
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION										
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS										
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION										



PPV: 88DH00  
PER: 12/23  
LOT: J3535

مصحة

ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

38,80

**Fluibron®** Ambroxol 0,3%

Dr K. YOUSSEFI  
O.R.L.  
Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA  
SOUNNI  
O.R.L.  
Chirurgie Maxillo-Faciale  
et Esthétique

(le 05/05/2023)

R-Sobhi Marreddine

38,80      ① Film brossé      SV  
 88,00      ② curettes      2 types | 3 mois  
 126,80      SV

DE. Khalid YOUSSEFI  
Spécialité en ORL  
Clinique ORL Beausejour  
198, Bd. Ghandi  
Tél: 0522 99 42 41 - Fax: 0522 99 42 40

PHARMACIE EL JAOUI  
Dr. JAOUI Bouchra  
Rue 22 N° 36 Hay El Manza  
Casablanca  
Tel.: 0522 39 91 24