

## 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 27 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-641971

82591

75277

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	01504	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL ALLALI FATIMA			
Date de naissance : 04/11/1957			
Adresse : D.HAR EL MIRALA Lot 13aft E.P maladis Rue Karanfale 1. N° 11 ougla			
Tél. : 0673151976	Total des frais engagés 500 Dh Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : EL ALLALI FATIMA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : 03 SEP. 2021		
Signature de l'adhérent(e) :			

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-641971
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 :	01504
Nom de l'adhérent(e) :	EL ALLALI FATIMA
Total des frais engagés :	500 DH
Date de dépôt :	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **VOLET ADHERENT**

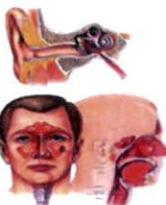
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	H	21433552														
	25533412	00000000														
	D															
	00000000															
	35533411															
	B	11433553														
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																

**Dr. SALHI Yahya**  
Spécialiste en ORL & Chirurgie

Cervico - Faciale

Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine  
Imm. Saidi - 3<sup>eme</sup> étage - OUJDA  
Tél.: 05 36 70 22 70



**الدكتور صالحى يحيى**  
اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق  
زاوية زنقتي جاكرطا وليونتو بلحسين  
عمارة سعدي - الطابق الثالث - وجدة  
05 36 70 22 70  
الهاتف :

## Ordonnance

Oujda, le .....

26/07/2021

## NOTE D'HONORAIRE

M EL ALLALI fatiha:

Règlement d'une somme de 500dh.

(cinq cent dirhams.)

pour consultation orl+audiogramme

Dr SALHI Yahya  
Spécialiste ORL / Chirurgie  
Cervico - Faciale  
Angle Rue Jakarta / Lt. Belhoucine  
Imm. Saidi - 3<sup>eme</sup> ét. - OUJDA  
Tel. . 05 36 70 22 70

---

Audiométrie - Impédancemétrie  
Endoscopie Naso-pharyngo-Laryngo-Trachéale  
Miscrope

Person Id:  
First name:  
Last name:

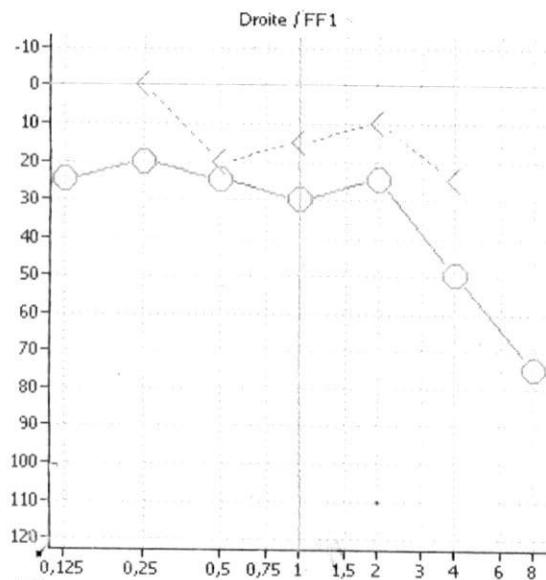
Ed Allali  
Fahla

Interacoustics A/S  
Drejervænget 8  
5610 Assens

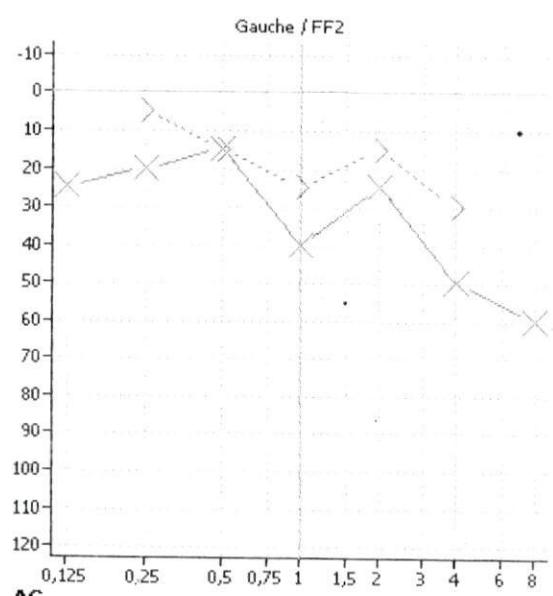
Interacoustics  
leading diagnostic solutions

26/07/2021 16:52:14

Tonale



AC  
BC  
FF  
IP



AC  
BC  
FF  
IP

Présentation des symboles

	Droite	Gauche	librateur	librateur C	FF1	FF2
HL	H	H	M	M	H	H
UCL	UCL	UCL	UCL	UCL	UCL	UCL

DAYOS EY 1000 QM

Rapport rendu Audiogramme  
presbyacousie bilatérale entre  
légère et moyenne.

SALHI Yahya  
Société CRL / Clinique  
Faciale et de l'Orbito-  
Maxillo-faciale