

# 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

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° M20- 0003060

108441

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11290 Société : RAG

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HAJDI HASNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0670456542 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/3/2022

Nom et prénom du malade : Hamdi Hasna Age: 43

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : VPPB Rhinobite chronique

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) :

Autorisation CNDP N° : AA-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
17.3.22		2	27730	<i>[Signature]</i>

*INPE - 09 10 44*  
*Dr OTTAR BADIS*  
*Medecin O.R.L.*

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie PRINCIPALE DEROUA</i> <i>Bloc OTN 1 Daroua</i> <i>Tél : 05 22 53 20 83</i>	14/03/2022	27730

*052049176*  
*INPE*

**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 :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D ————— G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		D ————— G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

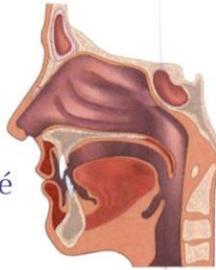
ISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Omar BADISS

## Oto-Rhino-Laryngologiste

Maladie et Chirurgie du Nez  
 Gorge - Oreille - Face et Cou  
 Exploration et traitement de surdit e  
 Vertige - Troubles de la voix  
 Endoscopie  
 Ronflement - Allergie  
 Chirurgie de la thyroide



# د. عمر باديس

## إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف  
 والحنجرة - الأذن - الوجه والعنق  
 تشخيص وعلاج الصمم  
 الدوخة - اضطرابات الصوت  
 الفحص بالمنظار  
 الشخير والحساسية  
 أمراض وجراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 26.3.2022

Hamid; Hassan

131.70

1) Nazorex



45.80 2 parts li x 7 tabs

2) curtek



78.00 75 li x 10

3) Batocera



21.80 - 1 x 2

4) Polydexa pres



4 parts x 2 li x 10

277.30

جزيرة مورقة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة  
 Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1er étage - Deroua

T el. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com

Pharmacie PRINCIPALE DEROUA  
 Bloc UN° 1 Daroua  
 T el : 05 22 53 20 83

INPE: 09 10 4  
 MEdecin O.T.  
 Dr. Omar Badiss

78,00

NASONEX® 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 120 doses  
P.P.V.: 131.70DH  
Distribué par MSD Maroc



PPV: 15DH80  
PER: 07/24  
LOT: K2030

21,80