

# 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 canalaire, 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.
- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

## 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

- Reclamation : 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 Jukir et Rue Allal 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° W21-682470

109456

par courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 3550		Société : Royal Air Maroc	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : ABDELMOUMNI Rachida.			
Date de naissance : 06/03/1956			
Adresse : N°3 Rue Chouaoua Hay Almoustaakhal Oujda			
Tél. : 0666788634		Total des frais engagés : 465,40 Dhs	

Autorisation CNIL n° : A-9-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr SALHI Yannia Spécialiste ORL / Chirurgie Cervico Faciale Angle Rue Jakarta / Lt. Belhoccine Mme. Saidi - 2ème Et. Tél. 05 36 70 22 70			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Tui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
Signature de l'adhérent(e) : ABDELMOUMNI Rachida			
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 : OUJDA

Signature de l'adhérent(e) : *Abdelmoumni Rachida*

Le : 23/10/2022

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-682470
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 : 3550	
Nom de l'adhérent(e) : ABDELMOUMNI Rachida	
Total des frais engagés : 465,40	
Date de dépôt : 23/10/2022	

INP : 081156010

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10 FEV 2012	C.S.		2000	INP : 081156010 Dr. SALHI YAHIA Spécialiste ORL / Chirurgie Cervico-Faciale Angle Rue Lakaria / Lt. Belhoccine Im. Sajid 2ème Et - OUJDA

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/12	21540

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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 la 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"/>
			Coefficient des travaux <input type="text"/>
			Montants des soins <input type="text"/>
			Début d'exécution <input type="text"/>
			Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412 21433552 00000000 00000000	G
D	00000000 00000000 35533411 11433553	B	<input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		
			Montants des soins <input type="text"/>
			Date du devis <input type="text"/>
			Date de l'exécution <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			

**Dr. SALHI Yahya**  
Spécialiste en ORL & Chirurgie  
Cervico - Faciale

Angle Rue Jakarta et Lt Belhoucine  
Imm. Saidi - 3<sup>ème</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 سعیدی - الطابق الثالث - وجدة  
الهاتف : 05 36 70 22 70

Abdelmoummen  
Rachid  
Ordonnance

Oujda, le 10/02/2022

83,70

①

Ronac

1cp/1

83,70

131,70

② Nasonex

2 pulv + 1g

T-21540

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

Distribué par MSD Maroc



6 118001 150199



Dr. SALHI Yahya  
Spécialiste ORL / Chirurgie  
Cervico Faciale / Lt. Belhoucine  
Angle Rue Jakarta / Lt. Belhoucine  
Imm. Saidi - 2<sup>ème</sup> Et. - OUJDA  
Tél. : 05 36 70 22 70

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