

# 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.

M22- 0015783

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 9063

Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)

Autre : 146889

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661349201

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2023

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : lilan ORL  Enfant

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : [Signature]

### 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
16/01/23	cbs		300,00	DR. HARKANI ABDALLAH ORL CHIRURGIE CERVICO-FACIALE POLYCLINIQUE EL KELAA Boulevard Youssef Ibn Tachfine EL Kelaa des Sraghnas Tél : 05 24 41 02 02 Signature : [Signature]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Bourissi Radiologue	16/01/23	voir facture	1500 DA
POLYCLINIQUE EL KELAA			
El Kelaa Des Sraghnas			
Tél : 05 24 41 02 02			

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
	D → G	B		MONTANTS DES SOINS
	D → G	B		DEBUT D'EXECUTION
	D → G	B		FIN D'EXECUTION
	D → G	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D → G	B		MONTANTS DES SOINS
	D → G	B		DATE DU DEVIS
	D → G	B		DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

**ORDONNANCE**

91 EL KHALID Abdellah

Scanner Rader



Dr.Bounsir abdellatif  
 RADIOLOGUE  
 POLYCLINIQUE EL KELAA  
 Boulevard Youssef Ibn Tachfine  
 El Kelaa Des Sraghnas  
 Tél 05 24 41 02 02 - 05 24 41 46 46

# POLYCLINIQUE EL KELAA

Boulevard Youssef Ibn Tachfine, Lot 10,11 ENNAKHI  
Tél : 0524 41 02 02 / 0524 41 46 46

## FACTURE

Date : 16/01/2023

070062633

Numéro : 849

Nom patient : EL KHALID ABDELILAH

Médecin :

23A161057

PAYANT

	Montant
TDM DES ROCHERS	1 500,00

Total 1 500,00

Arrêtée la présente à la somme de :  
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Dr. Boujemir abdelatif  
RADIO LOGUE  
POLYCLINIQUE EL KELAA  
Boulevard Youssef Ibn Tachfine  
El Kelaa Des Sraghnas  
0524 41 02 02 - 0524 41 46 46

**POLYCLINIQUE EL KELAA**

Boulevard Youssef Ibn Tachfine, Lot 10,11 ENNAKHI

Tél : 0524 41 02 02 / 0524 41 46 46

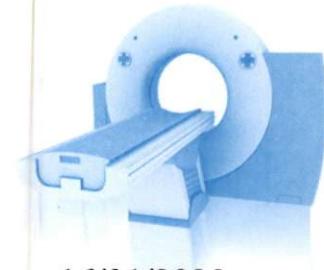
**EL KELAA****Reçu de caisse**

N° : 2301161019561640 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23A161057	EL KHALID ABDELILAH	16/01/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	Reçu de caisse Polyclinique El Kelaa Boulevard Youssef Ibn Tachfine Lot 10,11 Ennakhi Tél : 0524 41 02 02 / 0524 41 46 46	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : HANANE



El Kelaa, le 16/01/2023

**NOM ET PRENOM : EL KHALID ABDELILAH**  
**MEDECIN : PCK**

### **TDM DES ROCHERS**

#### **TECHNIQUE :**

Examen réalisé acquisition volumétrique sur les rochers avec reconstructions en coupes axiales et coronales millimétriques.

#### **RESULTATS :**

- Conduits auditifs externes de calibre normal et parois bien minéralisées.
- Pneumatisation normale des cellules mastoïdiennes et des deux caisses des tympans.
- Absence d'anomalie ossiculaire.
- Deuxième portion du canal facial d'aspect normal.
- Intégrité du mur de la logette et du tegmen tympani.
- Absence d'anomalie cochléo-vestibulaire.
- Conduits auditifs internes de minéralisation et de calibre normaux.

#### **CONCLUSION :**

-TDM des rochers ne révélant pas d'anomalies décelables.

-Absence de signes en faveur d'otospongiose.

Dr.Bounsin abdelatif  
RADIOLOGUE  
POLYCLINIQUE EL KELAA  
Boulevard Youssef Ibn Tachfine  
El Kelaa des Sraghnas  
Tél: 05 24 41 02 02 - 05 24 41 46 46