

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-784124



114091

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9376

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAIS

Date de naissance : 14/11/68

Adresse :

Tél. : 0661450588

Total des frais engagés : 501,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/23

Nom et prénom du malade : RAIS JAD

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : MUPRAS affection

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

21 MAR. 2023

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous préalable à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 20/03/23

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
10/03/23	57140007			INP : 091113920

Dr. R. MOUFFA  
O.R.L  
C.O.D.E AL FARABI  
Centre O.R.L de Diagnostic et d'Opérations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - 00113928

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CAMILLE SARRAULT 10/03/23	10/03/23	1000

### ANALYSES, RADIGRAPHIES

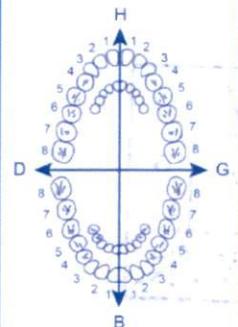
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE CAMILLE SARRAULT 10/03/23	10/03/23		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

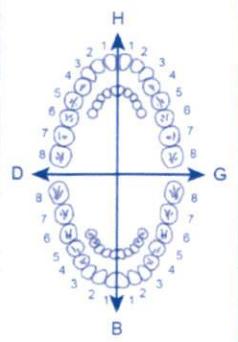
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

HC O.D.F  
25533411 21433554  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000  
35533411 11433553  
B G

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le 10/03/23

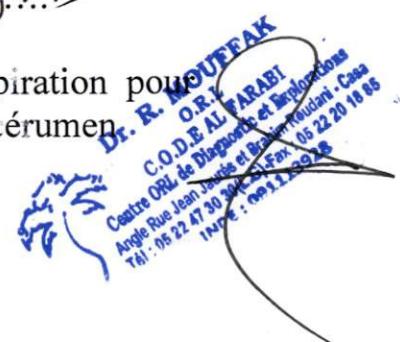
Reçu la somme de

400.000 Dhs Quatre Cent Dhs

De Mr, Melle, Mme

R.A.S. JAD

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour  
Bouchon de cérumen



Casablanca le 10/03/2023

Casablanca, le .....

**HISTANORM® 10 mg** 15 comprimés

Enfant

4018

JAD



RAIS



PPU 400H00  
EXP 09/2024  
LOT 26034 1

**HISTANORM**

1 cp le soir pdt 15 j

**EFFIPRED® 20 mg**

2 cp le matin pdt 6 jours

**POLYDEXA GOUTTES AURICULAIRES**

4 Gouttes matin, midi et soir pendant 8j



21,80

**EFFIPRED® 20 mg**  
PPU 400H00  
EXP 10/2025  
LOT 20018 17

Dr. E. MOUFFAK  
O.R.L.  
C.O.R.L. AL FARABI  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani Casab  
Tél : 05 22 47 30 30 (L.G)-Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091113928



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85  
cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582  
ICE : 001837199000069



**ORL**  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص و التشخيص

