

# 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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : U780 Société : 163810

Actif  Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : KHOUADARI

FATNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0645241905

Total des frais engagés : ..... Dhs

دكتور الطارى مصطفى Cadre réservé au Médecin

Docteur Mustapha TARY  
ORL-Allergologue  
62, Bloc 42 Sidi Othmane, CASA  
Tél: 05 22 59 98 70  
INP: 061126165

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/04/2023

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

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : .....

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
01/04/2020	C2		250 DH	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Spécialiste :**

- \* ORL et chirurgie Maxillo-Cervico-faciale
- \* Chirurgie de surdité, Ronflement et vertige
- \* Formation approfondie à l'IGP (Bordeaux-france)
- \* Diplôme d'allergologie et immunologie clinique
- \* Ancien Chirurgien des hôpitaux
- \* Expert assermenté près des tribunaux



- أَمْرَاضُ وَجْهِ الْأَنْفِ، الْأَذْنِ وَالْحَنْجَرَةِ
- جَرَاحَةُ الْوِجْهِ وَالْعَيْنِ وَالْفَكِ
- جَرَاحَةُ الصُّمُومِ، عَلَاجُ الشَّخْرِ وَالْدَّوَارِ
- تَكْوِينُ مَعْهَمَةٍ بِمَجَاهِدِ بَوْدِو-فَرْنَسَا
- دَبَلُومٌ فِي تَشْخِيصِ وَعِلَاجِ اَمْرَاضِ الدَّسَاسِيَّةِ
- جَرَاحٌ سَابِقٌ بِالْمُسْتَشْفَياتِ
- خَبِيرٌ مُحَافَلٌ لِدُوْلَةِ الْمَحَاكمِ

01 Avri 2023

casablanca le :

Kifou Drzli fatna

l

32,50 Ⓛ Môtragal 500

1 قن x 31j

36,00 Ⓛ Aciclam 200

1 قن x 31j

13,20 Ⓛ Alcile

1 قن x 31j

PHARMACIE IBNOU ZAHR EL ALIA  
BLOC 22 N° 46 AV. du NIL Sidi Othmane  
Casablanca - Tél.: 05 22 37 19 63  
RC : 496033 - IF : 50113439  
ICE : 00273788000067

19.40 ♂ Antibiootikalar



03 founk x 31

32,90 ♂<sup>x2</sup>

Exo derit Soluções n°=2

05 founk h dr

1 uen's  
el 1/2

PHARMACIE EL ALIA  
BLOC 22 Sidi Othmane  
Casablanca - Tél: 05 22 37 12 63  
RC : 496033 - ICE : 00273788000067

PHARMACIE YOUNOU AHP, EL ALIA  
BLOC 22 N° 60 AV. du 11 Septembre  
Casablanca - Tél: 05 22 37 12 63  
RC : 496033 - ICE : 00273788000067

دكتور مصطفى  
Docteur Mustapha TARY  
ORL - Allergologue  
62, Bloc 42 Sidi Othmane, CASA  
Tél: 05 22 99 98 70  
IND: 061 / 26165

PPV 36 DH 00  
PER 12/24  
LOT L3B92

LOT: 0016  
EXP: JUN 2027  
PPV: 32,90 DH

13,20

**METROZAL®**  
Mérendiazole 500mg  
Boîte de 20 comprimés  
P.P.V. : 32,50 DH  
  
6 118000 190967

→ 19,40  
LOT: 0016  
EXP: JUN 2027  
PPV: 32,90 DH  
استعمال محل