

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**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° W21-829461

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007494 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TALOUATA RACHID 188258  
 Date de naissance :  
 Adresse : HABITUEUE  
 Tél. : 0661801992 Total des frais engagés : 521,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 25/11/2023  
 Nom et prénom du malade : TALOUATA RACHID Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : VPPB  
 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 : CASABLANCA Le : 26/12/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/03/13        | 413               | 2 no 9 H              | 2 no 9 H                        | INF: 1062166798  |
|                 | RIH Nakelle Sy    | 2 no 9 H              |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                    | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie ALAFAC<br>1,3,5 Rue LITOU MA<br>REPUECHID<br>Tel 05 22 33 64 01 | 25/11/13 | 121,40                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

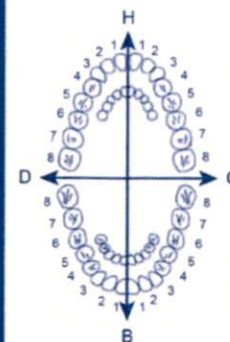
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

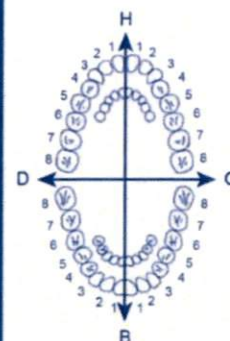
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# 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

|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
|          |          |
|          |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

[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

**Dr. Noussair TALAL**

**Spécialiste**

En Oto - rhino - Laryngologie

Chirurgie Cervico - Faciale

Audiométrie - Impédancemétrie

Endoscopie ORL



**الدكتور نصير طلال**

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف

(الحساسية و ضيق التنفس) و الأذن و الحنجرة

جراحة الوجه - العنق (الغدة الدرقية)

تخطيط السمع و قياس ضغط الأذنين

التشخيص بالمنظار

**ORDONNANCE**

Berrechid le :

25.11.2023

50,40

Tangonil  
14 x 3lf



71,30

TANAKAN  
14 x 3lf



121,40

Pharmacie A  
1.3.5 Rue Ibn Abi Madi  
BERRECHID -  
Tél: 05 22 33 64 01

87, شارع مولاي إسماعيل الطابق الثاني طرق حد السوالم برشيد - الهاتف : 05 22 53 49 49

987, Bd. Moulay Ismail - 2ème étage - Route de Had Soualem Berrechid - Tél : 05 22 53 49 49



**Dr. Noussair TALAL**

**Spécialiste**

En Oto - rhino - Laryngologie

Chirurgie Cervico - Faciale

Audiométrie - Impédancemétrie

Endoscopie ORL



**الدكتور نصير طلال**

إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف

(الحساسية و ضيق التنفس) و الأذن و الحنجرة

جراحة الوجه - العنق (الغدة الدرقية)

تخطيط السمع و قياس ضغط الأذنين

التشخيص بالمنظار

**ORDONNANCE**

برشيد في : Berrechid le : 25.11.2023

Reç: - 200 DRL -  
Rhinocortbupiz:

Fossee d'Alley:

CAVUM NAS.

cons: Rhinocortbupiz  
d'Alley MORALE

دكتور طلال نصير  
إختصاصي في أمراض الأنف  
الأذن و الحنجرة  
87 شارع مولاي إسماعيل برشيد  
05 22 53 49 49

87, شارع مولاي إسماعيل الطابق الثاني طرق حد السوالم برشيد - الهاتف : 05 22 53 49 49

987, Bd. Moulay Ismail - 2ème étage - Route de Had Soualem Berrechid - Tél : 05 22 53 49 49