

# 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.
- La 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

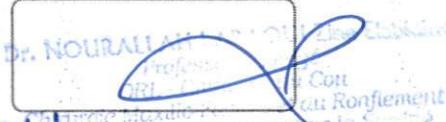
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

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

ND 36140

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie               | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                            |                                       |                                  |                                 |
| Matricule : 1628  | Société : RAN                         |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                            | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : FACHTALE DRISS                             |                                       |                                  |                                 |
| Date de naissance : 24/03/1966                            |                                       |                                  |                                 |
| Adresse : 3rd lot Nouhoss Da Benzaqar                     |                                       |                                  |                                 |
| Tél. : 066 13 106 33 Total des frais engagés : 594,40 Dhs |                                       |                                  |                                 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin   |  |  |  |
| Cachet du médecin :  |  |  |  |
| <br><b>Dr. NOURALLAM ALOUI</b><br>Professeur ORL<br>au Ronflement<br>et l'apnée<br>Allergologie<br><b>FACHTALE DRISS</b> Age : 56 ans |  |  |  |
| Date de consultation : 25/04/2020  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade :  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant<br><b>Affection OPL</b>   |  |  |  |
| Nature de la maladie :   |  |  |  |
| 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 1/4/2020

### 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  |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 29/07/2022      |                  |                       | 300 +                           | INP : 109002872<br>Dr. NOUAILHET<br>Spécialiste en<br>Cancerologie<br>du Cou<br>et du Ronflement<br>et de la Suralgique |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                 | Date      | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| DR ALAIN ZINER<br>Casablanca - Casablanca - 29 28 59<br>025 0 416 7575 | 29/7/2022 | 294,140               |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

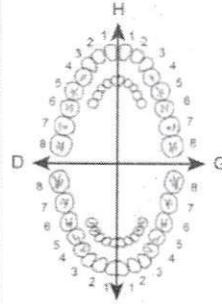
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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

|                         |  |
|-------------------------|--|
| 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     |  |

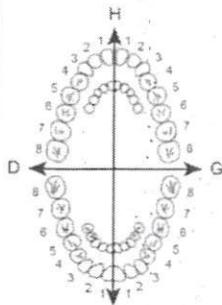


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 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

مركز بئر أنزاران لأمراض الأذن الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والفك وتنقية الدوار والصمك

Centre Bir Anzarane d'O.R.L. et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale

Exploration du Vertige, de la Surdité et de l'Allergie

Dr. Zine Elabidine NOURLAH LARAQUI

Professeur Agrégé

ORL - Chirurgie du Cou

Chirurgie Maxillo-Faciale et du Ronflement

Esthétique de la face

Injections et Comblement

Exploration des Vertiges et de la Surdité

Allergologie

الدكتور زين العابدين نور الله العراقي

أستاذ مبرز

أمراض الأذن والأذن والحنجرة والشخير

تحميل الوجه وجراحة الوجه والفك

تنقية الدوار والصمم

أمراض الحساسية

Casablanca le 29/07/2020

## Monsieur FACHTALI Driss

حشر حشر

**Magmine**

1 comprimé le soir



حشر حشر

**Surgam 200**

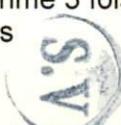
un comprimé 3 fois par jour au milieu des repas  
pendant 6 jours



حشر حشر

**Oedes**

1 cp par jour pdt 14.



294,40

PHARMACIE  
Des Drs ALAMI ZINEB  
Mosquée Nejjarin, lot Nejjarin  
Casablanca - 0522 29 28 39

PHARMACIE  
Des Drs ALAMI ZINEB  
Dr. ALAMI ZINEB  
Mosquée Nejjarin, lot Nejjarin  
Casablanca - 0522 29 28 39

119، شارع بئر أنزاران إقامة رمزى، (ب). الطابق الثاني. المعاريف. الدارالبيضاء 20330

119, Bd BIR ANZARANE Résidence RAMZI (B) - 2ème étage - MAARIF - CASABLANCA 20330 - تلفون : 05 22 25.72.72

E-mails : laraquizineelabidine@gmail.com - ICE : 001634075000037 - INPE : 091092874

