

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Logistique 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.

## Information :

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.

## Prothèses :

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.

Le 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](mailto:contact@mupras.com)  
Personne en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.

AS : 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 057320

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1856 Société : RAM 18445

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : ZAOUI KHALFA

Date de naissance : 1956

Adresse : 50 lot KHALFAOUI OUDJA

Tél. : 06 67 12 82 88 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed AMARA  
Spécialiste O.R.L.  
Résidence Zerkouni 1er Etage  
Tél. : 05 38 68 00 00 - OUDJA

Date de consultation : 23/11/2020

Nom et prénom du malade : ZAOUI KHALFA Age : 64

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 23 NOV 2020

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 : OUDJA Le : 23/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-057320

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1856

Nom de l'adhérent(e) : ZAOUI KHALFA

Total des frais engagés : 200,00

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



[illegible]

Dr Mohamed AMAR  
Spécialiste O.R.L.  
Résidence Zerkouni 1er Etage  
05 36 68 80 00 - 05 36 68 80 01

[illegible][illegible]

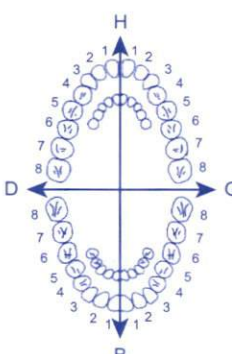
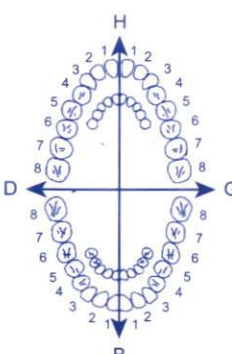
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient							
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>						
				Montants des Soins <input type="text"/>						
				Début d'exécution <input type="text"/>						
				Fin d'exécution <input type="text"/>						
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2"><b>H</b></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 2px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr><td colspan="2"><b>B</b></td></tr> </table>			<b>H</b>		25533412 00000000	21433552 00000000	<b>B</b>		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	<b>H</b>									
	25533412 00000000	21433552 00000000								
	<b>B</b>									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2"><b>G</b></td></tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px;">00000000 11433553</td> </tr> </table>			<b>G</b>		00000000 35533411	00000000 11433553	Montants des Soins <input type="text"/>		
	<b>G</b>									
	00000000 35533411	00000000 11433553								
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession									
				Date du devis <input type="text"/>						

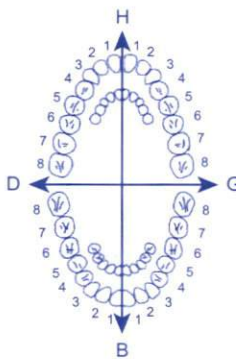
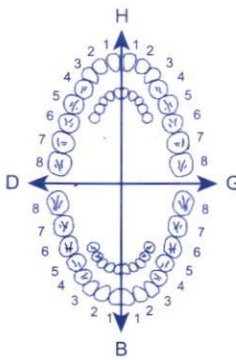
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
				MONTANTS DES SOINS								
				DEBUT D'EXECUTION								
				FIN D'EXECUTION								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"><p>H</p><table><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr></table><div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"><span>D</span><span>G</span></div><table><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr></table><p>B</p></div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'E

## VOLET ADHERENT

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



# Docteur Mohamed AMARA

Ancien Attaché à la Clinique ORL. du  
CHU de TOURS

## OTORHINOLARYNGOLOGIE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de  
Médecine de Tours

Maladies et Chirurgies :

Oreilles - Nez - Gorge - Cou

SURDITE - Chirurgie Plastique de la Face

MEDECIN EXPERT

auprès des Tribunaux d'Oujda

Consultation sur rendez-vous



# الدكتور محمد أعمارة

طبيب اختصاصي

خريج كلية الطب بتور فرنسا

أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنجرة

جراحة الوجه - أمراض السمع

طبيب خبير محلف

لدى المحاكم بوجدة

عيادة بالميعاد

Oujda, le 11/11/2020

1/ Kolent 2mg 2x el

1x + 6

2/ Adav 1/2 Anel 1. 1 + 6

Alpofone 400 1x 2x Anel

1

Dr Mohamed AMARA  
Spécialiste O.R.L.  
Résidence Zerkouni 1er Etage  
Tél : 05 36 68 60 60 - OUJDA

05 36 68 83 33 : فاكس - 05 36 68 60 60 : وجدة - 1 (أمام البنك الشعبي) إقامة الزرقطوني، ط1  
Bd. Zerkouni, Résidence Zerkouni, 1<sup>er</sup> Etage (en face de la Banque Populaire) - OUJDA  
Tél. : 05 36 68 60 60 - Fax : 05 36 68 83 33 - E-mail : amara@wanadoo.net.ma