

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0033653

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10513 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 73218
 Nom & Prénom : Louafi SAÏD
 Date de naissance : 16/04/1971
 Adresse : LOT BLAD CHAMA N54 OULFA
 Tél : 0610866566 Total des frais engagés : 619,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/2023
 Nom et prénom du malade : Louafi SAÏD MEDCHAGU Age : 52
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : affection longue durée
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : hypertension
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : chute

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 : 07/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
08/08/2023	C		20,00	
08/08/23	Emp		30,00	

8/8/13 Super

५०.३३

30, 22

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien du Fourasseur Dr. Bennaïssa 02, Bd Oued Sebou CASABLANCA Tél: 0522 99 18 99	Date 08.08.2023 Montant de la facture 119,15

Cachet du Pharmacien
du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

8.08 223

119, 120

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Praticien

Date des Soins

Nombre

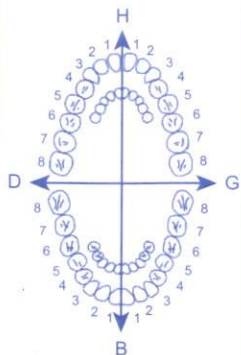
Montant détaillé
des Honoraires

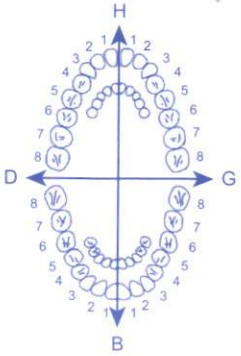
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 de l'ODF.

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		
	H 25533412 00000000 D 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

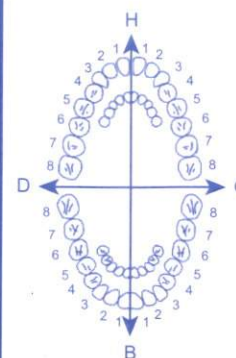
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412
00000000

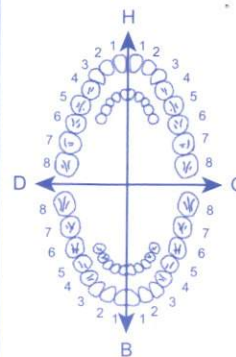
2	21433552
0	00000000

D	00000000	35533411
---	----------	----------

0	00000000
1	11433553

E

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ahmed JABRI

Spécialiste O.R.L

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

Casablanca

الدكتور أحمد جابري

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف،

الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

تشخيص السمع - الفحص بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

الدار البيضاء

Casablanca, le: 8.8.23: الدار البيضاء، في:

Dr. LOUATI-HAY med Ghal

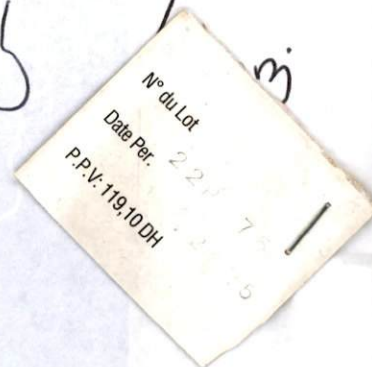
M.D. 10

D. - Lionel pl d

I pl - 25



Pharmacie TAM
Dr. Bannani-Jafar
102, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99



76, شارع سيدي عبد الرحمان - درب الحرية، الطابق الأول (أمام مصحة ياسمين) الحي الحسني - الدار البيضاء

76, Bd. Sidi Abderrahmane - Derb El Houria, 1er étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassani

Casablanca - Tél.: 0522 93 14 99 - Email: ahmedjabri@hotmail.com - INPE: 091079491

Dr. Ahmed JABRI

Spécialiste O.R.L

Maladie et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face et Cou

Exploration de l'audition - Endoscopie

Ancien praticien à l'hôpital 20 Août

Casablanca

: الدكتور أحمد جابري

إختصاصي في أمراض وجراحة الأنف،

الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

تشخيص السمع - الفحص بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

الدار البيضاء

Casablanca, le: 08/08/2023 في: الدار البيضاء،

NOTE D'honneur

Je soussigné certifie avoir fait
ce jour A l'enfant LAHFI HAY
NED GNADI UNE VISE D'UN
NÉTIQUE DONT LES HONORAIRES SONT
A 250,000hs (Deux cent cinquante
hs)

Dr. JABRI AHMED
Oto-Rhino - Laryngologie &
Chirurgie Cervico-Faciale
N° 76, 1er étage, Derb El Houria
Bd. Sidi Abderrahmane Hay Hassani
Tél: 0522 93 14 99

76, شارع سيدي عبد الرحمان - درب الحرية، الطابق الأول (أمام مصحة ياسمين) الحي الحسني - الدار البيضاء

76, Bd. Sidi Abderrahmane - Derb El Houria, 1er étage (En face Clinique Yasmine) Hay Hassani

Casablanca - Tél.: 0522 93 14 99 - Email: ahmedjabri@hotmail.com - INPE: 091079491

Nom **DR JABRI AHMED**
Adresse 1 **76 BD SIDI ABDELAHMANE DERB EL HOURIA HAY HASSANI**
Ville **CASABLANCA**
Téléphone **05 22 93 14 99**
Courriel **ahmedjabri@hotmail.com**

IMPEDANCEMENTRIE

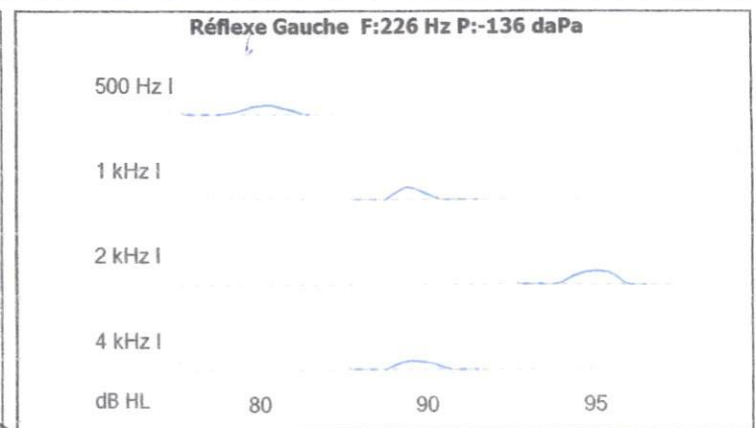
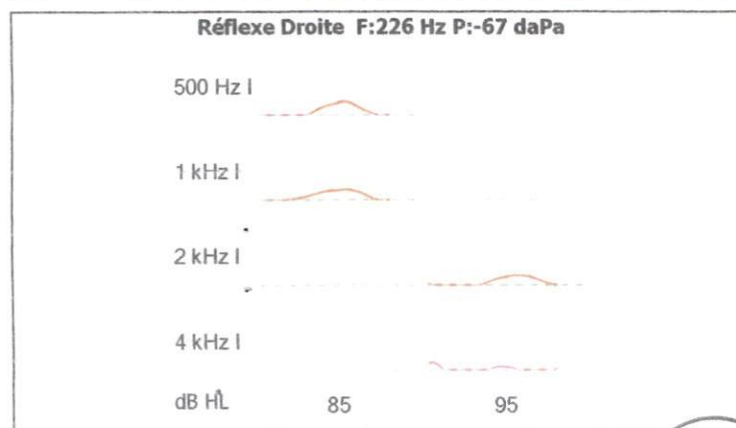
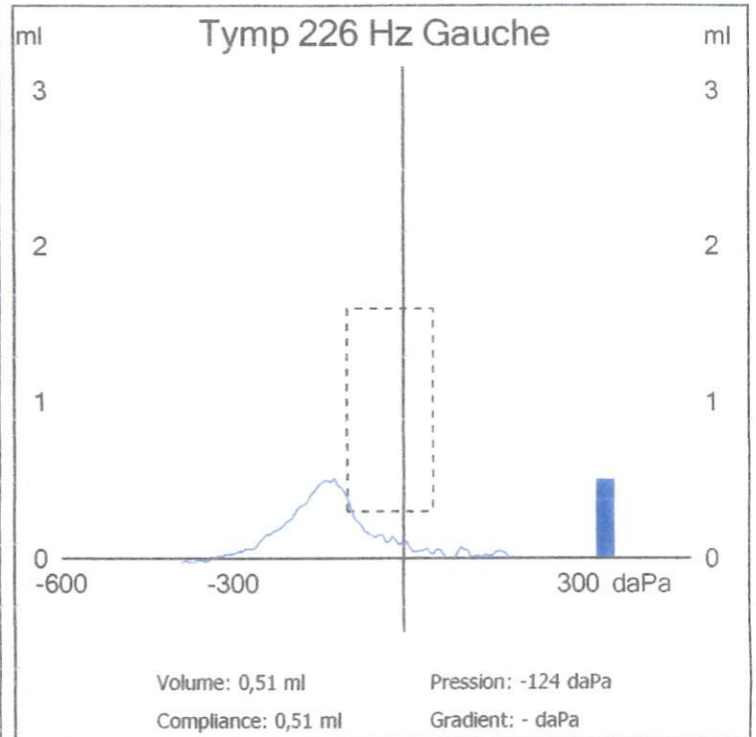
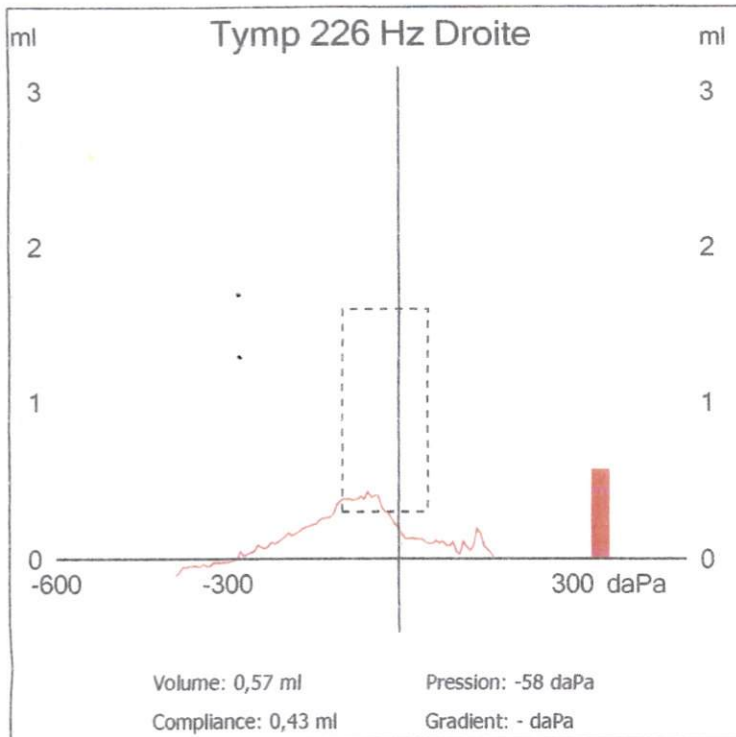
Date création 08/08/2023 11:06

Prénom **HAI MED GHALI**

Nom **LOUAFI**

Date de n... 18/03/2019

Dr. JABRI AHMED
Oto-Rhino - Laryngologie &
Chirurgie Cervico - Faciale
N° 76, Derb El Houria Hay Hassani
Bd. Sidi Abdelrahmane - Hay Hassani
tel : 0522 93 14 99/L



Dr. JABRI AHMED
Oto-Rhino - Laryngologie &
Chirurgie Cervico - Faciale
N° 76, Derb El Houria Hay Hassani
Bd. Sidi Abdelrahmane - Hay Hassani
tel : 0522 93 14 99/L