

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

M22- 0018437 *127h7h*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *425* Société : *R.A.M.*
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : *LARAKI Mehdi*
 Date de naissance : *1/1/1928*
 Adresse : *Rue Ahmed EL Kadmiri 1, 3 Boulevard yhande*
 Tél. *0522238211* Total des frais engagés : *500* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *[Signature]*
 Date de consultation : *18/08/2022*
 Nom et prénom du malade : *Laraki Mehdi* Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : *Affection OM*
 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 : Le : *18/08/2022*

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
12/08/2022	Andygnano	1500		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BEYROUT 99 Bis, Rue Beyrouth Hay Laayoune Tél. : 05 22 85 59 48	12/08/2022	21,70 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

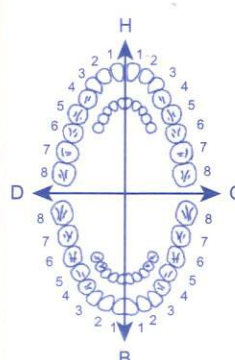
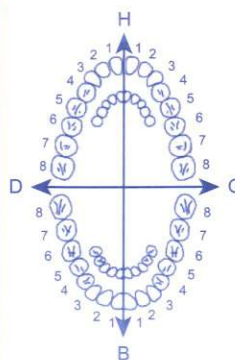
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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 Berrada Sounni Mohamed

Chirurgie Esthétique de la Face
ORL Chirurgie Face et Cou
Maxilo - Faciale
Lasers Esthétiques
Diplômé de l'Université de Lyon



دكتور برادة سني محمد

جراحة تجميل و تقويم الوجه
أذن، أنف، حنجرة وجراحة العنق
جراحة الوجه و الفكين
الليزر التجميلي
خريج كلية الطب ليون

Casablanca le

17/08/2022

الدار البيضاء في

Compte rendu audyogramme
1^{er} aspect bilatéral

Santité de perception - profonde
bilatérale

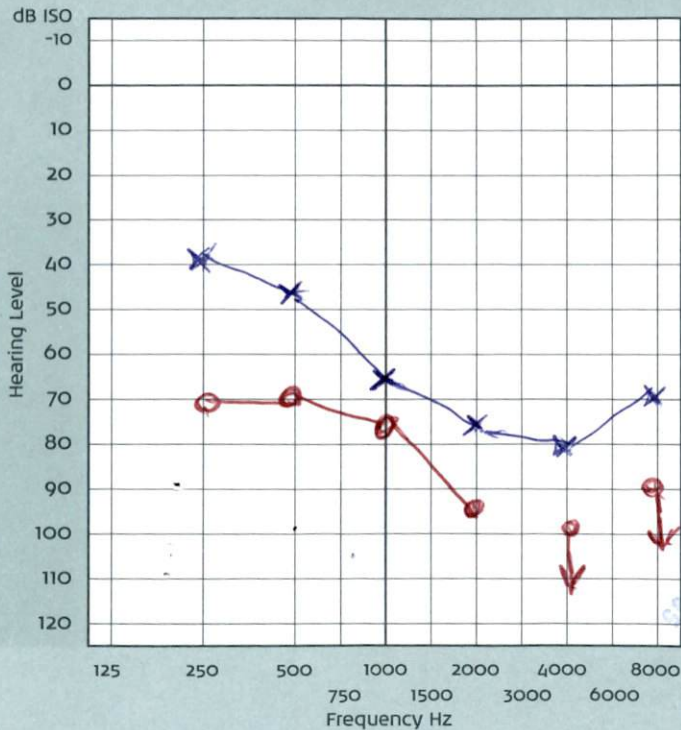
Sensit max 2^e : 85 dB

Sensit max 6^e : 67 dB

↳ description Apparatus auditif
bilatéral

Imm. Caf office, angle bd Omar El Khayam et A. Bouabid, 3^{ème} étage, N° 15, arrêt Tram Beausejour.

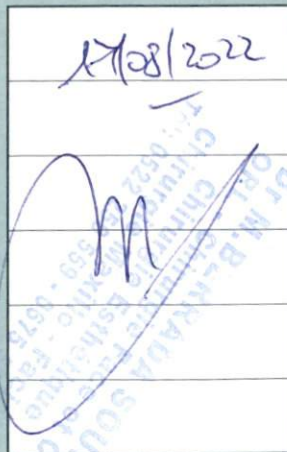
Tél: 0522 250 559 • 0675 500 995 • En cas d'urgence : 0660 252 405



Interacoustics

www.interacoustics.com

info@interacoustics.com



Audiogram AF12

Note d'honoraires

17/08/2022

Reçu pour un Audiogramme 17/08/2022
#5000dh# [Cinq Cent Dinars] de la part
de M. Laraki Mehdi.

Dr M. BERRADA SOUNNI
ORL
Chirurgie Esthétique
Maxillo-Faciale
05 22 25 05 59 - 06 75 50 09 95

Dr Berrada Sounni Mohamed

Chirurgie Esthetique de la Face
ORL Chirurgie Face et Cou
Maxilo - Faciale
Lasers Esthétiques
Diplômé de l'Université de Lyon



دكتور برادة سني محمد

جراحة تجميل و تقويم الوجه
أذن، أنف، حنجرة وجراحة العنق
جراحة الوجه والفكين
الليزر التجميلي
خريج كلية الطب ليون

Casablanca le

12/08/2022

21.80

Lacini Nohdi

POLYDEXA®
SOLUTION AURICULAIRE
GOUTTES
PROMOPHARM s.a.



6 118000 241270

21,80

Polydexa H₂O



Spécialiste de la face 2/1 pt 5

PHARMACIE BEYROUTH
99 Bis, Rue Beyrouth
Hay Laayoune
Tél.: 06 22 85 59 48

DR M. BERRADA SOUNNI
ORL - Chirurgie Face et Cou
Chirurgie Esthétique
Chirurgie Maxilo - Faciale
Tél: 0522 250 559 - 0675 500 995