

## 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° W21-804683

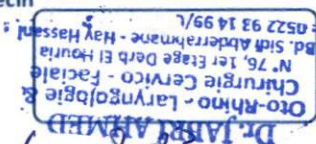
16904

**Maladie**     
  **Dentaire**     
  **Optique**     
  **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3628      Société : \_\_\_\_\_  
 Actif       Pensionné(e)       Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom & Prénom : BIBLAT MUSTAPHA  
 Date de naissance : 01.02.1951  
 Adresse : Ds Houira Rue 208 n° 74  
Hay Hassani - Casa  
 Tél. : \_\_\_\_\_      Total des frais engagés : \_\_\_\_\_      Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 21/06/2023  
 Nom et prénom du malade : BIBLAT MUSTAPHA      Age : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : Affection ORL  
 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 : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNIRP N° : A-A-215/2019

Dr. JABR AHMED  
 Oto-Rhino-Laryngologie &  
 Chirurgie Cervico-Faciale  
 N° 76, 1er Etage Darb El Houria  
 Bd. Sidh Abderrahmane - Hay Hassani  
 Tél: 0522 93 14 99/L

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
27.06.23	CS		250,20	INP 92044569 D. JABRI AHMED Oto-Rhino - Laryngologie & Chirurgie Cervico - Faciale N° 76, 1er Etage Derb El Houria Bd. Sidh Abderrahmane - Hay Hassania Tél : 0522 93 14 97/L

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.06.23	223,20

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																									
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																									
<b>Important :</b> 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	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H				25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			
		H																							
		25533412	21433552																						
		00000000	00000000																						
		D		G																					
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
B																									
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

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 و جراحة الأنف،

الأذن - الحنجرة - جراحة الوجه والعنق

تشخيص السمع - الفحص بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت

البيضاء



Casablanca, le : 27/06/2023 في: الدار البيضاء،

LEVAMOX 19 16 COMPRIMÉS EFFÉVÉSANTS  
PPV 157 DH00  
LOT 2N0274  
EXP 11/2024

Mer Biblat Mustaphy

157,00

D. Levamox cp 1g

14 x 2 / 08

44.20

D. Dexametazone cp

14 x 2 / 08

22.00 Dexametazone cp

Clarte cp selon

223.20

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

DIFAL®  
Diclofénac sodique 50 mg  
Boîte de 30 comprimés  
P.P.V. : 44,20 DH  
6 118000 190349

LOT : 3855  
PER : 04 26  
P.P.V. : 22 DH 00