

## 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.

### 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire <b>Q1068</b>	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule :	Abdelhak		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Abdelhak	
Date de naissance :		1/1/47	
Adresse :		Mohammedia	
Tél. :	105M	Total des frais engagés : 855 Dhs	

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : <i>Dr. Mustapha ESSAÏD Professeur d'ORL et Chirurgie Ortho-Maxillo-faciale, Allergologie et Immunol. Rés. Al Andalim. 05 22 86 59 44</i>		
Date de consultation :		10/02/2020
Nom et prénom du malade :		Age:
Lien de parenté :		<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		<i>affection</i>
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 : *06 MARS 2020* Le : *06 MARS 2020*

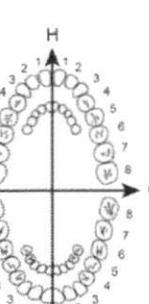
Signature de l'adhérent(e) :



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'UA EDDOULI Hicham 152 Bis, Route de l'Oasis TAZ ANTA-TAH (A7) 90 02 TUNISIE	12.2.20	57180

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
113410							

### VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (empty table rows)	<b>Nature des Soins</b> (empty table rows)	<b>Coefficient</b> (empty table rows)	INP : <input type="text"/>															
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXÉCUTION															
				FIN D'EXÉCUTION															
				<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX			
						H	G												
						25533412 00000000	21433552 00000000												
						D	G												
						00000000 35533411	00000000 11433553												
						B	B												
						MONTANTS DES SOINS													
						DATE DU DEVIS													
						DATE DE L'EXÉCUTION													

# CABINET SPÉCIALISÉ EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE ADULTE - ENFANT

Docteur Mustapha ESSAADI

- Professeur d'ORL et de Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
- Ex enseignant de la Faculté de Médecine et du CHU Ibn Rochd
- Ex Chef de service des urgences à l'hôpital 20 Août
- Diplômé de L'allergie et en ORL Pédiatrique
- Formation approfondie en : vertiges, ronflement et cancérologie
- Diplômé des Universités de Paris et Toulouse
- Ancien Médecin Résident des Hôpitaux de Paris



Dr. M. Essaadi

الدكتور المصطفى السعدي

اختصاصي في أمراض و جراحة الأنف والأذن والحنجرة  
أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء سابقا

ريلس قسم المساعجلات بمسقطي 20 غشت سابقا

حاصل على شهادات في أمراض الحساسية

تشخيص وعلاج الصمم عند الطفل، فقدان التوازن، الشخير و السرطان

حاصل على شهادات من جامعات باريس و تولوز بفرنسا

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي - ارليس

MR Badraoui Casablanca le : 12/07/2021  
192,20 الدار البيضاء في : 192,20

1) ZELLAR 500 10px21Tx7 T  
1 Drill Day sacre 1  
1 Canx3 Tx8 T  
19,30 3) OTRIVINE nasal S.V.  
22,10 1 pulv x4Tx8 T  
1 Auguet 1  
1 Jx2 Tx10 Day  
8,40 5) Zolupred 20 1  
10 3CPI Tx6 T  
19,30 6) Lady

PPV: 222,00 DH  
LOT: 620308  
PER: 02/21

PPV: 25,50  
LOT: 251,00

LOT: MU607  
EXP: JAN 2022  
PPV: 19,30 DH

PHARMACIE GARE DE CASABLANCA  
EDDOUBL Highcamp  
152 Bd. Roto de l'Oasis  
ASIA-Anfa 10. (02) 99 71 72

261، شارع عبد المؤمن - إقامة الأهل - عمارة B رقم 16 ، الطابق الثالث - الدار البيضاء قرب صيدلية لعلج و متجر «» مقابل درب غلف و CITY CLUB (Lady Fitness ) - الترامواي : أمام محطة عبد المؤمن

61, Bd Abdelmoumen - Résidence Al Amal, Imm B, N°16, 3ème étage - Casablanca (à côté de pharmacie Laalaj et Maison «Kia» en face Derb Ghallef et CITY CLUB (Ex Lady Fitness ) - Tramway : devant la station Abdelmoumen

Tél.: 0522 86 50 51 - Fax: 05 22 86 59 44 - GSM: 06 61 20 19 85 - Mail: musorl@hotmail.com

صالون المليون  
04/22  
38.10 DH  
C PPV

6) ultrasevive Sachet

38,0

1.5x21-Tx6T

555,50

Dr. Mustapha Essaadi  
Professeur d'Oral et d'Oralgie  
Cervico-Maxillofaciale et d'Orthodontie  
261, Bd. Abdelkader Ben Khelil, Anfa, Casablanca  
N° 16, 3ème étage. Casablanca  
36 50 51 - Fax: 05 22 56 59 44