

## 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° W21-768476

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.808 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHBOURK TAREK  
 Date de naissance : 21-04-1984  
 Adresse : Lot ALLAIMOUNE 2, RUE 36 N° 18 Et 20 CASABLANCA  
 Tél. : 06.61.23.84.75 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/03/2023  
 Nom et prénom du malade : CHBOURK KENZA  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : CASABLANCA Le : 27-03-2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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 |
| 06/03/23                       | C                 |                       | REC. MED. 06/03/23 15:37        |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |          |                       |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
| PHARMACIE SAIR                         | 06/03/23 | 40.00                 |

| 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 |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|---|---|------------------|--|--|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
| Important :<br>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   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | G |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | 25533412  | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | D   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | 35533411  | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | B   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | G   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |   |  |  |
|   |   |                  | 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

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Casablanca le 06/03/2023

Casablanca, le .....

Enfant

KENZA

CHBOURK

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

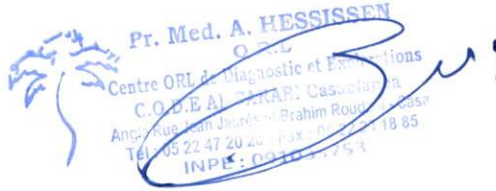
40000

EFFIPRED20 mg

1 cp le matin pdt 6 jours



Signé : Professeur HESSISSEN M A



Angle

Boulevard Brahim Roudani  
&

7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20

0522 47 30 30

0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069



EXPLORATIONS

ENT



ORL  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتشخيص

