

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° W21-807163

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8196 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : IDBIHI LATIFA
 Date de naissance : 02/03/1966
 Adresse :
 Tél. : 23 35 Total des frais engagés : 585,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 AOUT 2023
 Nom et prénom du malade : IDBIHI LATIFA Age : 1966
 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 : 22/10/2023 Le : / /
 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	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22 AOUT 2023		285,30 (cent)	Dr. Khalid EL YACOUBI Spécialiste O.R.L. 136, Im. Faraj Aapt. (Lot. Lina Sidi Maârouf - Casablanca Tél: 05 22 97 25 27

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MARIANE CALIFORMIE Mme BENYOUNA Amal Horya Centre Commercial Mariane Tél: 05 22 21 19 73 Casablanca	22/08/23	285,30

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 prie 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 canalaire, 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] 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"/>																	

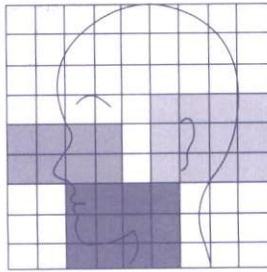
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET ORL

Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé
Faculté de Médecine de Montpellier
Nez • Gorge • Oreilles
Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمبغولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق

الأذن - جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le 22 AOUT 2023

Dr. Idrissi Lakka

LOT : 22178
PER : 12/2025
PPV : 20,40 DH

20.40 (1) Humex . Nasal . 2 pulv

(2) Otosan . Nasal

190.00 (3) Aeromax 2 pulv chaque nez

Aeromax®
Budesonide

LOT:0669053A
PER:11/2024
PPV:190.00 dh

74.90 (3) Nasorex . 1 g 2 pulv 3x

LOT : 9871
PER : 06-25
P.P.V : 74 DH 90

285,30

PHARMACIE MARIJANE CALIFORNIE
Mme BENNOUNA Amal Horya
Centre Commercial Marjane
Tél: 0522 21 70 73 Casablanca

Dr Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
Imm. Faraj Lot. Lina
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19

إقامة فرج، الشقة 7، سيدي معروف، الرقم 136 - الهاتف: 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - الدار البيضاء

Imm. Faraj (près Maroc Telecom) Appt 7, Sidi Maârouf, N°136, - Tél.: 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - CASA

Email : elyacoubi.kh@gmail.com