

## 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.

**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

M23-0016388

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7181 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : IMAKOR BRAHIM

Date de naissance : 08.02.1962

Adresse : Bloc 26 Rue 04 N°02 HAYTILLA AGADIR

Tél. : 06 67 12 24 41 Total des frais engagés : 593,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAYOU Mohamed  
ORL  
N°: 75700260  
ICE:  
00167446000062  
INP: 04107475

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bouhou NAIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : / /

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 l'accomplissement des Actes
21.09.23	C2		250 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE LES PARENTS  
28, Av. Mehdi Ben Barka  
Riad Salam Agadir  
Tél: 05.28.23.09.42

21.09.23

343,50 DH  
PHARMACIE LES PARENTS  
28, Av. Mehdi Ben Barka  
Riad Salam Agadir  
Tél: 05.28.23.09.42

# 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

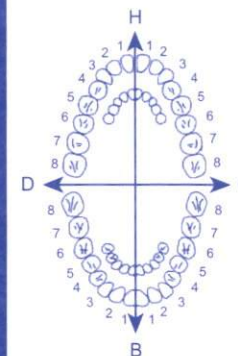
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 124DH00  
PER: 06-2024  
LOT: 16622010



LOT: 230181  
DLUO: 02/2026  
09.000Hs

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن، الأنف والحنجرة  
سرطان العنق والوجه  
اضطرابات النوم والشخير

أكادير، في : ..... Agadir, le :

21/09/2023

ORDONNANCE

Lot: TC0244D  
Per: 02/2026  
PPV: 170DH50

Mme Naima BOUHOU

124.00

1. Ibertin 1 g sachet  
1 sachet 2 fois par j pdt 8 j



49.00

2. docivox sirop  
1 cas 3 fois par j pdt 7 j



170.50

3. deflazacort 30 mg cp  
2 cp le matin pdt 5 j



041074733

PHARMACIE LES PARENTS  
28, av. Mehdi Ben Barka  
Riad Salam Agadir  
Tél: 05.28.23.09.42

Dr. HAYOU Mohamed  
Specialiste en O. R. L.  
Cancerologie Cervico-Faciale  
rés. Tifaouine Imm. E2, 1er étage  
Tél: 05.28.84.65.15

**Dr. HAYOU Mohamed**

Diplômé de la Faculté  
de Médecine de Paris

Spécialiste des maladies et chirurgie  
du Nez, Gorge, Oreilles  
Cancérologie cervico, Faciale  
Troubles du Sommeil et Ronflement



**الدكتور هيو محمد**

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة  
الأذن، الأنف والحنجرة  
سرطان العنق والوجه  
اضطرابات النوم والشخير

أكادير، في : ..... Agadir, le :

**21 /09 /2023**

**NOTE D'HONORAIRES**

IF 75700260 ICE 00167446000062

**Mme BOUHOU Naima**

Total Régulé ce jour .....**250 Dh**

