

## 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**  
N° M20- 0009355

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10933 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUAYAD ILHAM 178433

Date de naissance : 6/12/73

Adresse : Lot ORRAXION Rue 3 N°3 Bir Anjar Cas.

Tél. : 0661241442 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr. Najib BAGHDADI**  
Spécialiste ORL  
Angle Bd Al Qods Et Bd Haifa Rés Riad  
el Qods Imm 1, Apt 8 Etg 4 au dessus de  
Yves roches - Casablanca  
Tél. : 0622 50 30 23 - Gsm : 0661 80 16 48

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/08/23

Nom et prénom du malade : FAROUK ELATI Age: 21

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

Nature de la maladie : Affection oculaire

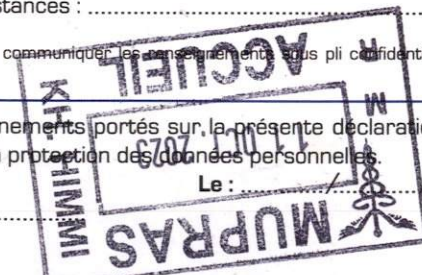
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 le Paiement des Actes
11/08/23		6	6	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE R. Ben Ahmed Tél: 05.23.40.69.53 INPE: 062061312	11-08-2023	241,50

# 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				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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS															
		DATE DU DEVIS															
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Najib BAGHDADI**

**SPÉCIALISTE O.R.L**

Chirurgie Maxillo Faciale

Maladies du Nez - Gorge - Oreille - Vertige

Exploration de Surdité

Micro Chirurgie de l'Oreille

Ancien Chef de Service Hôpital Med V

Membre de La Société Française d'ORL

Expert assermenté près des tribunaux

**نادي نجيب**

اض وجراحة الانف

تشخيص الصمم

جهرية للاذن

اذن، الانف والحنجرة

حمد الخامس

الفرنسية لأمراض

ل والحنجرة

ف لدى المحاكم

**ANTIBIO SYNALAR**

Casablanca, le : 11/18/03

19,40

LOT: M2165  
EXP: NOV 2025  
FPV: 24,00 DH

19,40 Antich... 18

24,00 3/5 x 87 x 8

- Carafle 10  
4 x 2 x 1

188,00

- No... 18 x 87 x 19

**Dr. Najib BAGHDADI**  
Spécialiste O.R.L.  
Angle Bd Al Qods Etig 4 au dessus de  
Yves roches - Casablanca  
Tél. 0522 50 30 23 - Gsm : 0661 80 16 48

Tél. 0522 50 30 23 - Gsm : 0661 80 16 48  
Angle Bd Al Qods Etig 4 au dessus de  
Yves roches - Casablanca

1 OP Riad AL QODS  tage 4 Appartement 8 - Bd AL QODS - GH3 - Casablanca

Tél.: 0522 503 023 - GSM : 0661 80 16 48 - E-mail: baghdadi.56@hotmail.fr

ICE : 001634410000013

10,10

HCC

Dr. Najib BACHDADI

Dr. Najib BACHDADI  
Spécialiste O.R.L.  
Angle Bd Al Qods El Baïna Rés Riad  
Yves roches - Casablanca  
1 Appt 8 Etg 4 au dessus de  
Tél : 0522 50 30 23 - Gsm : 0661 80 16 48

T: 24,50

PHARMACIE R. Ben Ahmed  
Serrat  
Tél : 05.23.40.89.53  
INPE:062061312

نوفوق  
أموكسيسيلين - حبة

125/ع مع

البالغ

مسحوق لمحلول شر  
في كيس

24 كيسا

مختبر نوفوقارما

Lot : 1321  
PER : 03/25  
PPV : 188,00 DH

