

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-822138



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 19548

Société : A90201

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GHIAZI ABDELDOUAHAB

Date de naissance : 08/09/1986

Adresse : Res. AVBAR 2 Jmk 6 Apt 11 Almaz

Tél. : 0676677826

Total des frais engagés : 736.3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Khalid EL YACOUBI  
Spécialiste O.R.L.  
136, Im. Faraj Appt. 7 Lot. Lina  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél. 05 22 97 35 20-Fax 05 22 97 20 27

Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : SIDI YADOUNI SALIMA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : RFF ORT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 JAN 1707

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/10/2024

### RELEVE 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
09/10/23	(C)	3000H	INP : 091060590	Dr. Khalid EL HACOUBI Spécialiste O.R.L. 120, Im. Madarul - Casablanca Tél: 022 22 22 22 22 - 0523 Fax: 0523 22 22 22

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	09/10/23	4300+300

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVE DES HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'accident et la nature des soins.

#### Important :

Veuillez 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	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DEBUT D'EXECUTION [ ]
				FIN D'EXECUTION [ ]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	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

سور خالد اليعقوبي

ج كلية الطب بمنبولي

ي في أمراض الأنف - الحلق

- جراحة الوجه والعنق -



Docteur Khalid EL YACOUBI

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



planca, le

09 OCT 2023

LOT 21/321  
FAB 11/2021  
DDM 11/2024

Numéro de lot:  
A consommer de préférence avant fin:



20,00 - Doliprane 1 sachet 50/

20,00 Humex : nasal 2 pul 3x1/ S.V.

190,00 - Avenay : d pul chepus S.V.

45,20 - Icay : 1 ep le no 80/ S.V.

79,70 - Azix 500 19 f/ 8j S.V.



719 - 0522 97 25 26 - الهاتف : 136 - الرقم  
ecom) Appt 7, Sidi Maârouf, N°136, - Tél. : 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - CASA  
Email : elyacoubi.kh@gmail.com

*Dr Khalid EL YACOUBI  
Spécialiste O.R.L.  
Centre Espace Famille Casablanca  
Tel: 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - CASA*