

## 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° P19- 065962

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 002054 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : DEBBAGH MOHAMED  
 Date de naissance : 01 / 01 / 1951  
 Adresse : 525 AVE AL MACHAAR AL HARAM  
 ISSIL MARRAKECH  
 Tél. : 06 11 77 44 77 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL YACOUBI Abdelaziz  
 Spécialiste O.R.L.  
 Entrée N°6 - Marrakech  
 Tél: 05 24 33 07 87-INPE: 071060453

Date de consultation : 28 / 11 / 2023  
 Nom et prénom du malade : DEBBAGH Mohamed Age: 72 ans

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

Nature de la maladie : Cervicale

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 JAN 2024

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) :



### 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
28/11/23	W		200,-	Dr. JACOBI Abdelaziz Spécialiste O.R.L. Av. Allal El Fassi, Complexe Al Ahbas, Entrée N° 6 - Marrakech Tél: 05 24 33 07 87-INPE: 071060453

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CADIAN MARRAKECH	28/11/23	240,00

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

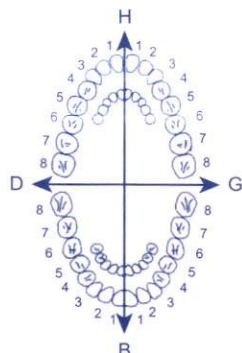
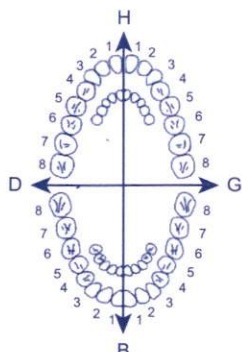
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
			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

Docteur El Yacoubi Abdelaziz

Spécialiste O.R.L.  
Oreilles, Nez, Gorge

diplômé d'état de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور اليعقوبي عبد العزيز

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن  
والأنف والحنجرة

خريج كلية الطب بباريس

Marrakech, le : ..... 28.11.2023 ..... : مراکش، في

Mr DEBBAGH Mohamed



47.90  
LOT: 03/2028  
PER: 03/2028  
IFV: 47.50 DH

1 ALGIXENE 250 MG BTE DE 30

Prendre 1 gélule le matin et le soir, après le repas, pendant 15 jours.

2 VITANEVRIL FORT

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 15 jours.

3 TANAKAN 40 mg cp enr : B/30

Prendre 1 comprimé le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 15 jours.

4 OXYMAG 375

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 20 jours.

Dr EL YACOUBI Abdelaziz

PHARMACIE MOGADOR  
Lot. Cadi Ayyad Bloc 5 N° 6  
Issil - Marrakech  
Tél: 05 24 31 17 19



PPV  
LOT  
PER  
28/80

71.30  
LOT  
PER

23293  
06/26  
92.00

Rendez-vous le : .....

المركب المعماري والتجاري الأحباس - مدخل رقم 6 - عيادة رقم « 3 » شارع علال الفاسي الداوديات - مراکش  
Complexe Commercial AL Ahbas , n° 6 / 3 Av. Allal El Fassi Daoudiate - Marrakech  
E-mail : azyacorl@yahoo.fr - Tél/Fax : 05 24 33 07 87: الفاكس / الهاتف