

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A L'ADHÉRENT

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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- N° 0042990

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10330 Société : RNT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENDAOUD KHALID
 Date de naissance : 22/11/74
 Adresse :
 Tél. : (06) 62-12-58-58 Total des frais engagés : 1.354,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur TBERALI**
 Otorhinolaryngologiste (ORL)
 Spécialiste des maladies et chirurgie du nez, gorge et oreilles
 Date de consultation : 12/02/2024
 Nom et prénom du malade : Bensan Khalid Age : 50 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection ORL
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Affection ORL
 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 : NEKKESS Le : 12/02/24
 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
12-FEV-2024	CS K15		250 400	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



12/2/24

704.50

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

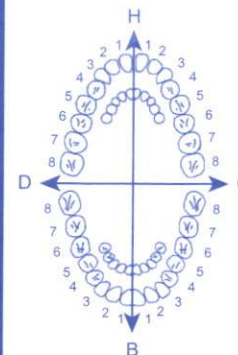
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur IBER ALI

Spécialiste des maladies et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille

Chirurgie Cervico - faciale

Exploration et Chirurgie de la surdité

P.E.A - Endoscopie ORL

Membre de la société française d'ORL

et de chirurgie cervico-faciale

Formation spécialisée approfondie

au CHU de Caen (France)

D.U. d'audioprothèse implantée (Paris VI.)



الدكتور التبر علي

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة الصمم

التشخيص بالمنظار الداخلي

عضو الهيئة الفرنسية لأمراض و جراحة

الأذن - الأنف و الحنجرة

شهادة التكوين التخصصي المعمق بكون (فرنسا)

دبلوم جامعي في زراعة القوقعة السمعية

من كلية الطب باريس VI (فرنسا)

Meknès, le في مكناس،

12 FEB. 2024

FACTURE N° : 107/2024

Nom : BONDABUD

Prénom : KHAUD

K15 Nasofibrolaryngoscopie : 400, 00

Total :

400,00 Dhs

(Quatre Cent dirhams)

Docteur IBER ALI
Otorhinolaryngologiste
(O.R.L.)
5, Rue d'Indonésie App. 11
MEKNES

5, زنفة أندونيسيا رقم 11 (الطابق السفلي) - مكناس - الهاتف/ الفاكس : 05.35.52.42.12
5, Rue d'Indonésie App. 11 (Rez de Chaussée) - Meknès Tél/Fax : 05.35.52.42.12

Docteur TBER ALI

Spécialiste des maladies et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreille

Chirurgie Cervico - faciale

Exploration et Chirurgie de la surdité

P.E.A - Endoscopie ORL

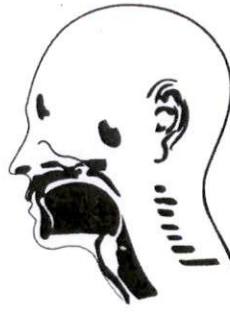
Membre de la société française d'ORL

et de chirurgie cervico-faciale

Formation spécialisée approfondie

au CHU de Caen (France)

D.U. d'audioprothèse implantée (Paris VI.)



الدكتور التبر علي

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة الصمم

التشخيص بالمنظار الداخلي

عضو الهيئة الفرنسية لأمراض و جراحة

الأذن - الأنف و الحنجرة

شهادة التكوين التخصصي المعمق بكون (فرنسا)

دبلوم جامعي في زراعة القوقعة السمعية

من كلية الطب باريس VI (فرنسا)

مكناس، في 1.2.FEV. 2024 Meknès, le

COMPTE-RENDU DE NASOFIBROLARYNGOSCOPIE

Nom :

Ben Ghar

Prénom :

Michaël

Indication :

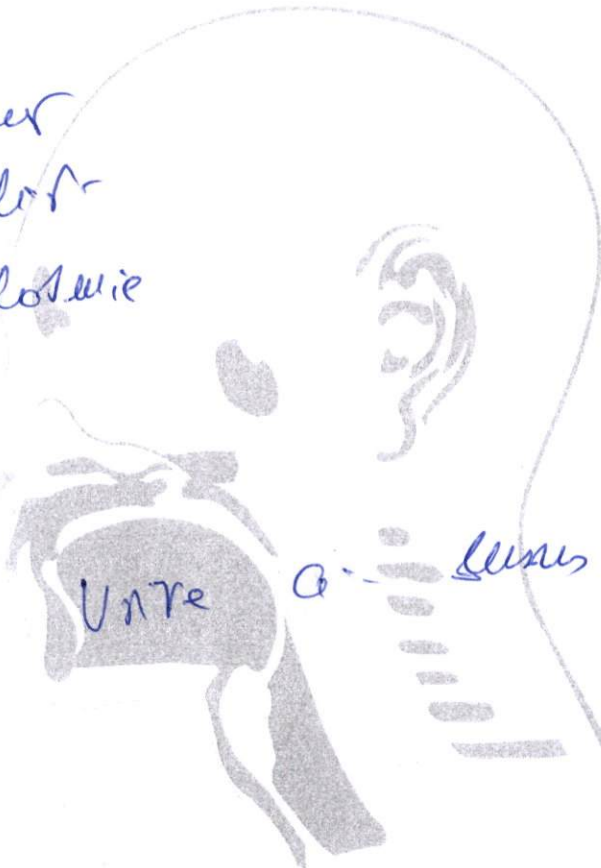
Colostomie

Fosses nasales :

Cavum :

Larynx :

Hypopharynx :



CONCLUSION :

- faussette.

Docteur TBER ALI
Otorhinolaryngologiste
(O.R.L.)
5, Rue d'Indonésie App. 11
MEKNES