

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 canaux, 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 canaux.

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 étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-500406

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16491 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukhiss Aziz

Date de naissance : 06-03-68

Adresse : ORMA GREEN TOWN Ilot 11 Imm 11 Att 03

Tél. : 06 27 35 58

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 6 JAN. 2020

Nom et prénom du malade : Boukhiss Aziz Age :

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

Nature de la maladie : AH 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 : 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
6 JAN 2020			300	INP : [] [] [] [] [] [] Dr. CHRAÏBI Abdel OTORHINO-LARYNGO- Rue Margapha El Maani - 29 44 29 / 065

6 JAN 2020

Dr. CHRAÏB ABDELKARIM
OTORHINO LARYNGOLOGUE
31, Rue Mohammed VI - Casablanca
Tél: 0522 - 29 44 29 / 0661 31 20 31

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE GREENTOWN Dr. Mohamed EL KHALAF Centre Commercial Casa Green Town Ville Verte - Boushaina - Tél:	Montant de la Facture # 276,30 #

Date

Montant de la Facture

06/01/2020

#276,30#

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

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Designation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 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

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'OOF

INP: | | | | | | | | | |

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	
------------------	--

Coefficient:

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET MÉDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

Dr Chraïbi Abdelkarim

**SPÉCIALISTE EN
OTORHINOLARYNGOLOGIE
ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE**

Diplômé de la Faculté de
Médecine de Lyon
Ex-attaché des Hôpitaux de Lyon
Ex-ORL des Polycliniques de la C.N.S.S.

Tél : 05 22 29 44 29 - 05 22 22 46 07

GSM : 06 61 31 20 30

Sur Rendez-vous



الدكتور شرايبي عبد الكريم

إختصاصي في أمراض و جراحة
الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج سابقا كلية بمستشفيات ليون
طبيب سابقا بمصحات الضمان الإجتماعي

الهاتف : 05 22 29 44 29 - 05 22 22 46 07

المتنقل : 06 61 31 20 30

بالموعد

Casablanca, le 6 JAN 2020 في الدار البيضاء.

149,50
Spectrum 300
2480
Boukhalid 25
79,00
Apixel 4
93,00
Alcatel
Total = 276,30

S.V.
S.V.
S.V.
S.V.

319. زنفه مصطفى المعاني (زاوية زنفه أكادير) - الدار البيضاء
319, Rue Mustapha El Maâni (Angle Rue d'Agadir) - Casablanca

الدكتور عبد الكريم شرايبي
Dr. CHRAÏBI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca
05 22 29 44 29 / 06 61 31 20 30

LOT : 190737
UT AV: 04/2022
PPV: 23,00DH

PPV (H0) add LOT N° UT AV

149,50

Lot: 190659
A consommer
avant le: 10/2022
PPC: 79,00 DH

DIFAL®

Diclofenac sodique 25 mg
Boîte de 50 comprimés

PPV : 24,80 DH



6 118000 190332