

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse :

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

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° P19-0030481

NP=18309

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8037

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAMADI RAFIK

Date de naissance : 06-08-64

Adresse : 11 Rue TAROUNDANIE El Hachmi Cas

Tél. : 06 60 00 90 74

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur M'hamed CHKAIB  
Spécialiste O.R.L.  
7, Angle Bd. Anfa & Bd. Mgr. Youssef  
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67  
Casablanca

MUPRAS

28 JAN. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 16 / 12 / 19

Nom et prénom du malade : ESSAMADI Rafik

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Myxion 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 : 16 / 12 / 19

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
16/12/19	U		300	Docteur M'hamed CHAÏBI Spécialiste O.R.L. 17, Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 67

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ZIRAOUI Dr. HIRICH MAMIA 16, Bd. Ziroui N°18 - Casablanca Tél: 0740 66 90 19	16/12/19	101.10
PHARMACIE EL ALALI 164, Bd. Bordeaux Tél: 05 22 20 79 07	26/12/19	30,30

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

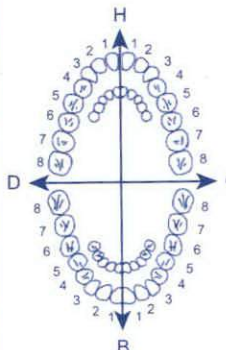
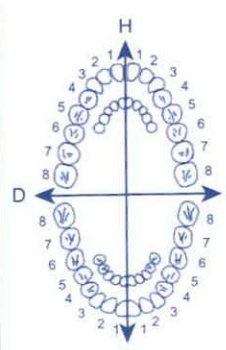
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



الدركتور محمد الشرايبي

**Docteur M'hamed CHRAÏBI**

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 16/12/2019,

Monsieur ESSAMADI Rafik

1) POLYDEXA gouttes auricul

4 gouttes auriculaire 2 fois par jour O DTE

2) BAYCUTENE CREME

2 applications par jour O DTE

3) STILNOX CP

1 comprimé le soir



PHARMACIE ZIRAOU  
Dr. HICHI Maria  
238, Bd. Ziraoui N°18 - Casablanca  
Tel: 07 00 89 90 19

Docteur M'hamed CHRAÏBI  
Spécialiste O.R.L.  
47, Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef  
Tel: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68  
- Casablanca -

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20  
LOT : 9MA036  
PER.: 02 2023  
P.P.V : 56DH60  
11800000000000

PPV : 30 DH 30

6281200000449

Résidence Roia : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca  
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91  
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05





# PHARMACIE DE BORDEAUX

164 BD DE BORDEAUX

R.C :

Patente:

T.V.A :

Tél : 0522 27 75 21

Le 26/12/2019

## FACTURE N°256268

N° ICE :

N° IF :

ESSAMADI RAFIK

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
1	ICOMB CL 5ML	30,30	30,30	1,98	7,00
		TOTAL T.T.C : 30,30			

PHARMACIE DE BORDEAUX  
164 Bd Bordeaux  
Tél : 05 22 27 75 21

Nbr Articles	TVA 7% Base :	30,30	Montant :	1,98	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-------	-----------	------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Trente Dirhams et 30 centimes.