

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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° M21- 0051294

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9844 Société : 78509

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAHN Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHAHN Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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.

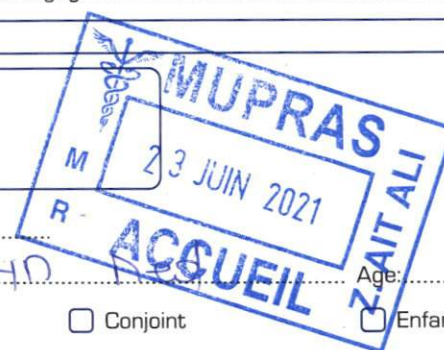
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



Complément de données (ppv des Med)  
**Déclaration de Maladie**

N° W21-632954

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9544 Société :  
☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**  
 Nom & Prénom : CHAHMY  
 Date de naissance : 26/6/69  
 Adresse : Bd Duss / rue residence ALFA  
 Tél. : 0661 2282 62 Total des frais engagés :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/04/2021  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : otologie  
 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-632954

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
 réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :



## 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 Palier des Actes
28/04/21	C3		300,00	INP : L 0913570557
23/05/21	01010111 C3		300,00	
24/05/21	C3		300,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALEXANDRI Mme BENJELLOUN Fouzi Docteur en Pharmacie 35 Boulevard Alexandre Tél: 0522 88 15 13 Casablanca	28/04/21	1.187,90
PHARMACIE ALEXANDRI Mme BENJELLOUN Fouzi	03/05/21	517,70

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

[illegible]

## AUXILIAIRES MEDICAUX

[illegible]

VOLET ADHERENT

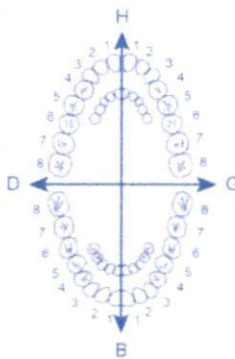
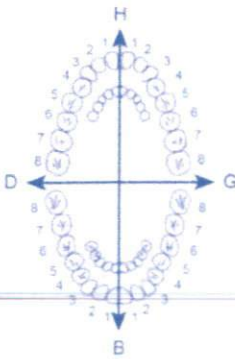
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																			
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>					
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D	G																						
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction]																							
	Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession																							
			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'EXEC

**Docteur Mostafa DETSOULI**

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
Diplôme de Cancérologie O.R.L.



**الدكتور مصطفى دتسولي**

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه  
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا  
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق، الأذن والحنجرة

Casablanca, le 28/04/2021 في الدار البيضاء،



**صيدلية الزخندرية**  
**PHARMACIE ALEXANDRIE**  
Mme BENJELLOUN FOUZIA  
Docteur en Pharmacie  
35, Boulevard Alexandrie  
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca  
NPE: 092004454 - ICE: 00 1837 636 000 007

**Mr CHAHM Mohamed**

239,00 x 4

**TRIAXON 2G IV**

1 INJECTION INTRAVEINEUSE LENTE PAR JOUR , pendant 6 jours

109,00

**PREPARATION CELESTENE 4MG (3 AMPOULES) ET 1 FLACON DE SPECTRUM GOUTTES**

5 GOUTTES 2 fois par jour, pendant 20 jours

64,50

**MYK 1% GOUTTES**

5 gouttes 1 fois par jour, pendant 21 jours

58,40

**SOLUPRED 20**

3 comprimés par jour , pendant 4 jours

1187,90

**Professeur Mostafa DETSOULI**  
**Otorrhino - Laryngologie**  
120, Bd. Moulay Idriss 1er  
Casablanca - Tél: 05 22 86 13 31

حافظ على سلامتك و سلامة عائلتك باحترام قواعد التباعد الإجتماعي و  
وضع الكمامة باستمرار



TRIAXON® I.V. 2g

Flacon de poudre



6 118001 101405

TRIAXON® I.V. 2g

Flacon de poudre



6 118001 101405

TRIAXON® I.V. 2g

Flacon de poudre



6 118001 101405

TRIAXON® I.V. 2g

Flacon de poudre



6 118001 101405

MYK 1%

Flacon de 30 ml



6 118000 120421

Solupred® 20 mg

20 Comprimés effervescents



6 118000 060536

# Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة و جراحة الوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

شهادة تشخيص و علاج سرطان الحلق، الأذن و الحنجرة

03/05/2021

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

Mr CHAHM Mohamed

239, ص x 2 (S.V.)

**TRIAXON 2G IV**

1 INJECTION INTRAVEINEUSE LENTE PAR JOUR , pendant 2 jours

39, 70

**FUCIDINE**

1 application, 2 fois par jour , pendant 6 jours

517, 70

صيدلية الإسكندرية  
**PHARMACIE ALEXANDRIE**  
Mme BENJELLOUN Fouzia  
Docteur en Pharmacie  
35, Boulevard Alexandrie  
Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca  
0522.86.15.13 - 0522.86.15.13

Professeur Mostafa DETSOULI  
Otorhino - Laryngologie  
120, Bd. Moulay Idriss Ter  
Casablanca - Tél: 0522 86 31 31

حافظ على سلامتك و سلامة عائلتك باحترام قواعد التباعد الإجتماعي و  
وضع الكمامة باستمرار

TRIAXON® I.V. 2g

Flacon de poudre



6 118001 101405

لا يسلم إلا بوصفة طبية

TRIAXON® I.V. 2g

Flacon de poudre



6 118001 101405

Handwritten text in Arabic, likely a prescription or medical note, including dates and patient information.

## Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه  
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا  
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق، الأذن والحنجرة

Casablanca, le 28/04/2021 في الدار البيضاء،

### FACTURE :

Nom-Prénom : CHAHM MOHAMED

Examen : CONSULTATION+OTOWIK

Montant : 300,00 DH+ 300,00 DH

TOTAL : 600,00 DH

Pr .M. DETSOULI

Pr Mostafa DETSOULI  
Otorhino - Laryngologiste  
120 Bd Moulay Idriss 1er  
Casablanca - Tél : 05 22 86 13 13



## Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه  
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا  
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق، الأذن والحنجرة

Casablanca, le 24/05/2021 في الدار البيضاء،

### FACTURE :

Nom-Prénom : CHAHM MOHAMED

Examen : CONSULTATION+

Montant : 300,00 DH

TOTAL : 300,00 DH

Pr .M. DETSOULI

Pr Mostafa DETSOULI  
Otorhino Laryngologie  
120, Bd Moulay Idriss 1er  
Casablanca - Tél. 0522 86 31 31