

# 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.

## 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.

## Optique :

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

## Education :

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.

## Prothétique :

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

Nº P19- 053828

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 69461 Société : 77489

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : fatima

igoujoulane

Date de naissance :

Adresse : Rotemor el farah 23

Tél. : 06 58 03 38 16 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/05/2021

Nom et prénom du malade : M. IGEL ZOU LIN Age : 58 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Rhinopharyngite droite

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

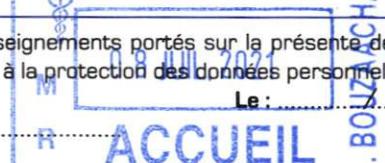
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.



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 : 08 juillet 2021

Signature de l'adhérent(e) : ..... / .....



#### **RELEVE 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
26.5.21	Visite à domicile	1	200,-	Dr. YAOUBI ABBEY Spécialiste P.R. Entrée N° 2 - Ma Tel : 05 44 32 00 00

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUDALIFA BL Mouzdalifa Annot Slinko Imm. A 9 N° 3-4 Marrakech Tél 05 24 33 23 46	26 - 05 - 21	353,00 DH
INPE : 072044233		

#### **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	

#### **RELEVE 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

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXÉCUTION

Docteur El Yacoubi Abc

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

diplômé d'état de la Faculté de Médecine

الدكتور اليعقوب

اختصاصي في أمراض  
والأنف والحنف  
خريج كلية الطب

مراكش، في : .....  
26.05.2021

Mme IGOUZOULINE Fatima

205.00

1 TAVANIC CP 500 MG BTE/7



Prendre 1 comprimé par jour, pendant 7 jours.

98.80

2 FLUIBRON SIROP



Prendre 1 cuillerée à soupe le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 7 jours.

26.00

3 HUMER 150 ADULTE



1 pulvérisation nasale le matin, à midi et le soir.

13,20

4 CETAMYL CP 1G



Prendre 1 comprimé par jour.

Dr EL YACOUBI Abdelaziz

Dr EL YACOUBI Abdelaziz  
Spécialiste O.R.L.  
Tél/Fax : 05 24 33 07 87

T: 353.00

Rendez-vous le : .....

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

**Docteur El Yacoubi Abdelaziz**

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

diplômé d'etat de la Faculté de Médecine de Paris



**الدكتور اليعقوبي عبد العزيز**

اختصاصي في أمراض وجراحة الأذن  
والأنف والحنجرة  
خريج كلية الطب بباريس

Marrakech, le : ..... 26/05/2021 ..... مراكش، في :

**Patient (e) : Mme IGOUZOULINE FATIMA**

**COMPTE RENDU NASOFIBROSCOPIE**

\*\*\*\*\*

\*\* INDICATION : Céphale, Rhinorhée postérieure,

\*\* RESULTAT :

- Fosses nasales : Suintement purulent s'extériorisant du méat moyen droit,
- Cavum : Suintement purulent,
- Pharynx : Normal,
- Larynx : Normal,

\*\* CONCLUSION : Rhinosinusite droite.

*Dr. EL YACOUBI Abdelaziz  
Spécialiste O.R.L.  
Av. Allal El Fassi Complexe Al Ahbas,  
Entrée N° 6 - Marrakech  
Tél. 05 24 33 07 87*

Rendez-vous le : ..... Signé : Dr. A. EL YACOUBI

المركب المعماري والتجاري الاحباس - مدخل رقم 6 - عيادة رقم « 3 » شارع علال الفاسي الداوديات - مراكش  
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 الهاتف / الفاكس:

**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 : ..... 26/05/2021 ..... مراكش، في :

**PATIENT (E) : Mme IGOUZOULINE FATIMA**

**NOTE D'HONORAIRE**

• CONSULTATION SPECIALISEE : 200,00 DH

• NASOFIBROSCOPIE : 200,00 DH

HONORAIRES PERCUS : 400,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**QUATRE CENT DIRHAMS, 00 cts**

Facture acquittée.

*Dr. EL YACOUBI Abdelaziz  
Spécialiste O.R.L.  
Av. Allal El Fassi Complexe Al Ahbas,  
Entrée N° 6 - Marrakech  
Tél : 05 24 33 07 87*

Rendez-vous le : .....

المركب المعماري والتجاري الأحباب - مدخل رقم 6 - عيادة رقم «3» شارع علال الفاسي الداوديات - مراكش  
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: الهاتف / الفاكس