

# 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.

## 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)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0009413

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5934 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite R.A.M.  
Nom & Prénom : ASSAL MUSTAPHA  
Date de naissance : Rue N° 7, Villa 29, HAY EL HODA  
Adresse : 05/11/1963  
Tél. : 06.04.68.56.33. Total des frais engagés : Berrechid #2398,7# Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/11/2021  
Nom et prénom du malade : ASSAL MUSTAPHA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : PATHOLOGIE RHUMATISMALE  
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



# 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
19/11/2021	CS-CC	2	2000DH	
	NASO-FESSAL	15	4000DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

19/11/21

69870

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/11/2021	SCANNER TASSIF FACIAL	130000DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

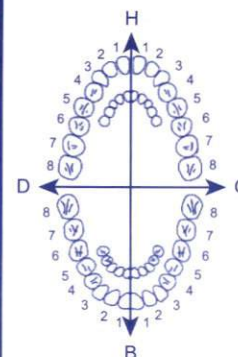
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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	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

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO - FACIALE  
VERTIGE - RONFLEMENT  
Chirurgie Endoscopique  
du nez et de l'oreille  
Surdité, Implant Cochléaire  
Acouphène,  
Pathologie de la voix  
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض وجراحة الأذن . الأنف  
الحنجرة، العنق و الوجه  
الدوخة، الشخير  
جراحة الأنف والأذن بالمنظار  
الصمم، زراعة قوقعة الأذن  
رنين الأذن  
اضطراب الصوت  
الغذبة الدرقية، الحساسية

DATE : 15/11/2024

صيدلية مسجد الرياض  
Pharmacie Mosquée Riad  
Dr. Siham TAMM  
N° 1-2 Mosquée Riad  
Hay Riad (Avec du Stade Sportif) Barraché  
Tél. 05 22 33 88 22

88,00 x 3

LOT: GA10270  
PER: 05/2023  
PPV: 75 DH 00

1

CHARTER

14/7

PPV: 88DH00  
PER: 07/24  
LOT: K2029

PPV: 88DH00  
PER: 07/24  
LOT: K2029

LOT: GA10270  
PER: 05/2023  
PPV: 75 DH 00

LOT: GA10270  
PER: 05/2023  
PPV: 75 DH 00

2

MAZAR

LOT: GA10270  
PER: 05/2023  
PPV: 75 DH 00

79.70

2m

55,00

55,00

3

AZIX

24/7

PPV 79DH70  
PER 08/24  
LOT K2176

698.70

4

Bongles

PPV: 88DH00  
PER: 07/24  
LOT: K2029

تجزة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد



**Dr .Issam ESSALKI**

ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO - FACIALE  
VERTIGE - RONFLEMENT  
Chirurgie Endoscopique  
du nez et de l'oreille  
Surdité, Implant Cochléaire  
Acouphène,  
Pathologie de la voix  
Goitre, Allergie



**الدكتور عصام السالكي**

أمراض و جراحة الأذن . الأنف  
الحنجرة، العنق و الوجه  
الدوخة، الشخير  
جراحة الأنف والأذن بالمنظار  
الصمم، زراعة قوقعة الأذن  
رتين الأذن  
اضطراب الصوت  
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : ..... 1.9/11/2021 .....

**COMPTE RENDU DE NASO-PHARYNGO-LARYNGOSCOPIE DIRECTE**

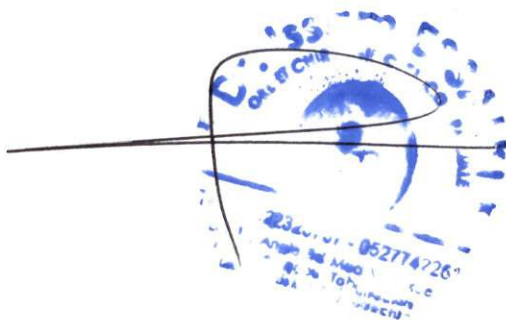
**NOM ET PRENOM : ASSAL WIJDANE**

**RESULTATS DE LA NASOFIBROSCOPIE**

- ✓ hypertrophie des 2 cornets inferieurs + une déviation de la cloison nasale
- ✓ pharyngite hypertrophique diffuse
- ✓ Cavum libre

**EN CONCLUSION :**

**Il s'agit donc d'une pharyngite chronique sur déviation de la cloison nasale.**



**تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد**

**Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid**

**Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com**

**Dr. Issam ESSALKI**

ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO - FACIALE  
VERTIGE - RONFLEMENT  
Chirurgie Endoscopique  
du nez et de l'oreille  
Surdité, Implant Cochléaire  
Acouphène,  
Pathologie de la voix  
Goitre, Allergie



**الدكتور عصام السالكي**

أمراض وجراحة الأنف . الأنف  
الحنجرة، العنق و الوجه  
الدوخة، الشخير  
جراحة الأنف والأذن بالمنظار  
الصمم، زراعة قوقعة الأذن  
رنين الأذن  
اضطراب الصوت  
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 19/11/2021

### NOTES D'HONORAIRES

NOM ET PRENOM DU MALADE : ASSAL WIJDANE

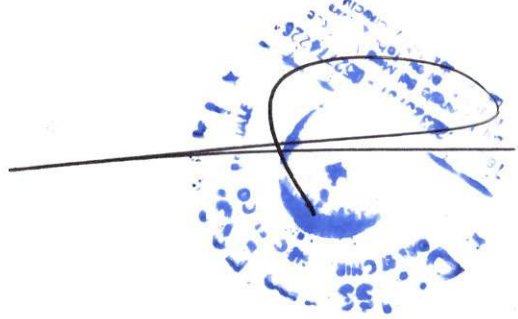
ISSAM ESSALKI VOUS REMERCIE ET VOUS  
PRESENTE LA NOTE DE SES HONORAIRES POUR L'ACTE :

**NASO-PHARYNGO-LARYNGOSCOPIE**

**COTATION K15**

**HONORAIRES 400 DH**

ARRETEE LA FACTURE A LA SOMME DE QUATRE  
CENT DIRHAMS.



**تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد**

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com