

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 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- 040889

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396 Société : R.A.T. (96989)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI ABDELLOUHAS

Date de naissance : 19.01.58

Adresse : 14 LOT FANDARONA Con. SIDI NABAB

Tél. : 0673081385 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

الدكتور عبد الكريم شرايبي  
Dr. CHRAÏBI Abdelkarim  
OTORHINOLARYNGOLOGUE  
319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca  
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

Date de consultation : 8 DEC 2021

Nom et prénom du malade : Cheddadi ouafa Age :

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

Nature de la maladie : Aff. ore

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 : 2021 Le : 9 / 12 / 21

de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

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
8 DEC 2021	K30		300	<p>الدكتور عبد الكريم شرايبي</p> <p>Dr. CHRAÏBI Abdelkarim</p> <p>OTORHINOLARYNGOLOGUE</p> <p>319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca</p> <p>Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30</p>
			300	
			500	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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>																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
	Signatur			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

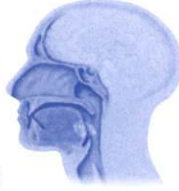
# CABINET MÉDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

**Dr. CHRAIBI 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 وجراحة  
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 : GSM : 06 61 31 20 30  
بالموعد

Casablanca, le : - 8 DEC. 2021 : الدار البيضاء، في :

## compte rendu et note d'honoraires

Nom - prénom :

Choudat ouelae

Cotation :

K30

Nature d'examen :

Aboufon

Compte rendu :

louls de la

Honoraires :

300 d

الدكتور عبد الكريم شرايبي  
Dr. CHRAIBI Abdelkarim  
OTORHINOLARYNGOLOGUE  
319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca  
Tel: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30



*Docteur Abdelkrim Chraïbi*

Diplôme de la Faculté de Médecine de LYON  
Ex- Attaché des Hopitaux de LYON  
Ex-Orl des Polycliniques C.N.S.S.  
Spécialiste des Maladies et Chirurgie

**Nez - Gorge - Oreilles - Cou - Face**

319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca  
(Angle Rue d'Agadir et Mostapha El Maâni)  
Tél. : 022.29.44.29 / 022.22.46.07 - Patente N°34202367

Nom : Chaddadi  
Prénom : oufae  
Age :

SIGNES CLINIQUES :

Acouphes Ecr  
Jaune

DIAGNOSTIC :

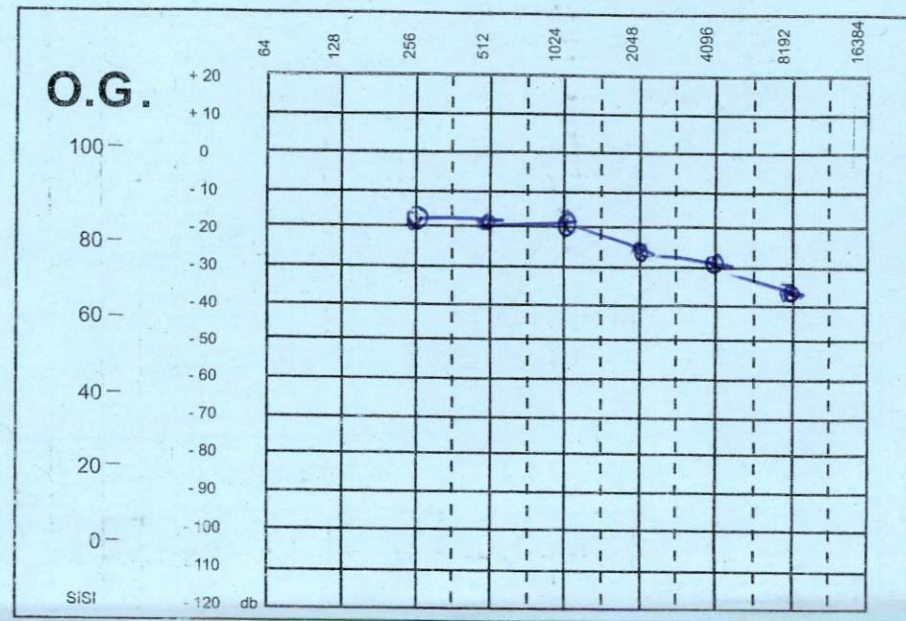
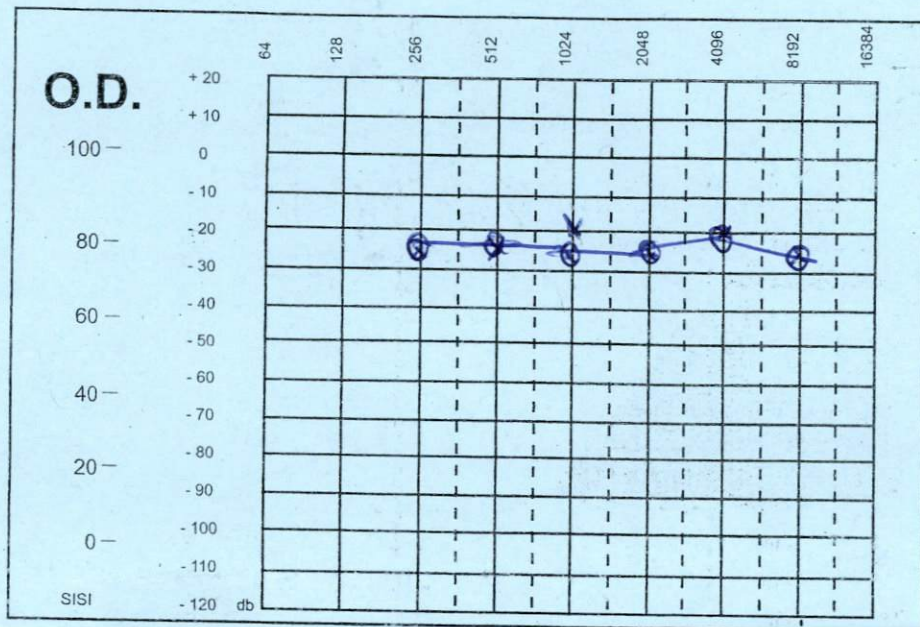
Arit sur r  
A faire d'après nos gues



# AUDIOGRAMME

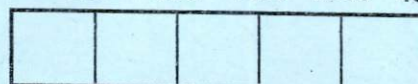
N° ..... DU ..... - 8 DEC. 2021

CO ROUGE  
CA BLEU



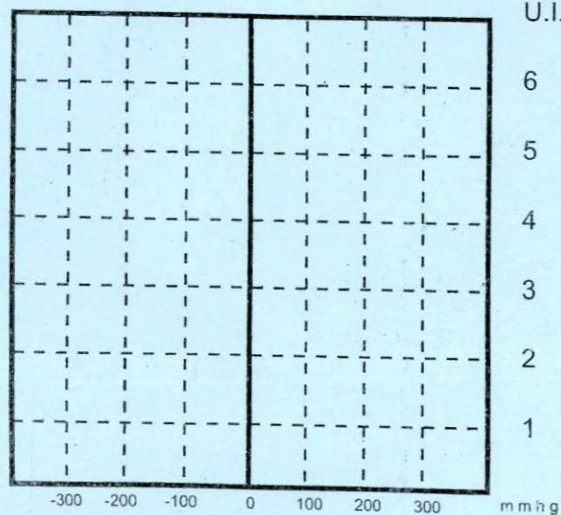
WEBER 250 500 1000 2000 4000 H.Z.

O.D.



O.G.

TYMPANOGRAMME O.D.



TYMPANOGRAMME O.G.

