

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|-------------|
| Matricule : | 03336 | Société : | RAI (96989) |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : | | CHEDDADI ABSDECOU LAK | |
| Date de naissance : | | 19.01.58 | |
| Adresse : | | 14 COT. FLANDRENA Gm. SIDI DABOUI | |
| CIN : | | 0673001985 | |
| Tél. : | | Total des frais engagés : Dhs | |

Cadre réservé au Médecin

| | |
|---|---|
| Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019 | Cachet du médecin |
| | Date de consultation : 8 DEC 2021 |
| | Nom et prénom du malade : |
| | Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| | Nature de la maladie : Allergie |
| | 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. | |

Dr. CHRAIBI Abdelkarim
OTURHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha ElMaani - Casablanca
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

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 : 21/12/2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| - 8 DEC 2021 | 91 K30 | | 200 (300) | الدكتور عبد الكرييم شرايبس Dr. CHRAIBI Abdelkarim OTORHINOLARYNGOLOGUE 319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Data

Montant de la Facture

***ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates the H-G signature space with two axes: H (vertical) and G (horizontal). Sixteen numbered points (1 through 16) are plotted, forming a roughly circular pattern. Points 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8 are located in the upper half-plane (H > 0), while points 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, and 16 are in the lower half-plane (H < 0). The points are distributed such that they form a roughly circular pattern centered near the origin.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

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 شرايبى عبدالكريم

إختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن - الأنف - الحنجرة - العنق

خريج سابق كلية بمستشفيات ليون
طبيب سابق بمصالح الضمان الاجتماعي

الهاتف : 05 22 29 44 29 - 05 22 22 46 07

التنقل : GSM : 06 61 31 20 30

بالموعود

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

compte rendu et note d'honoraires

Nom - prénom : Chraibi Abdelkarim

Cotation : K30

Nature d'examen : Aderj

Compte rendu : loulis de la

Honoraires : 300 d

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

319، زنقة مصطفى المعاني (زاوية زنقة أڭادير) - الدار البيضاء
319, Rue Mustapha El Maâni (Angle Rue d'Agadir) - Casablanca

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 : *Ouafae*
Age :

SIGNES CLINIQUES :

Acouphénés
Jaun

DIAGNOSTIC :

Asit sur i
A faire à pied morgue

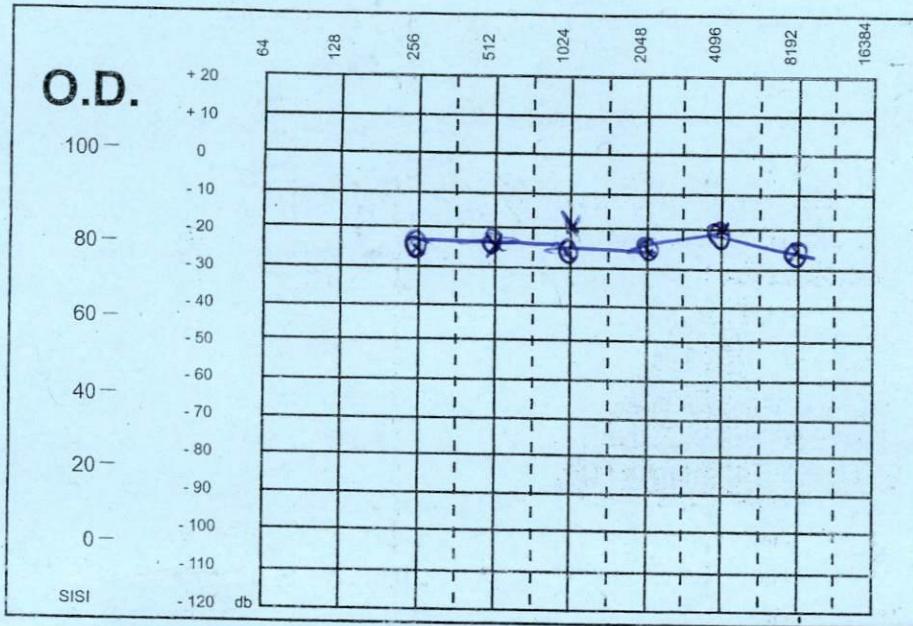
AUDIOGRAMME N°

DU

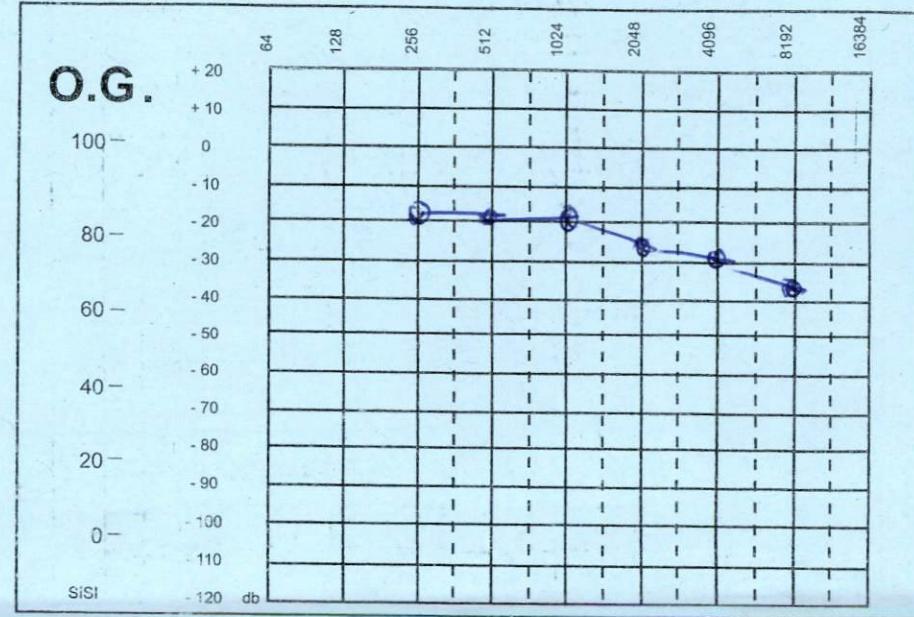
- 8 DEC. 2021

CO ROUGE
CA BLEU

O.D.



O.G.



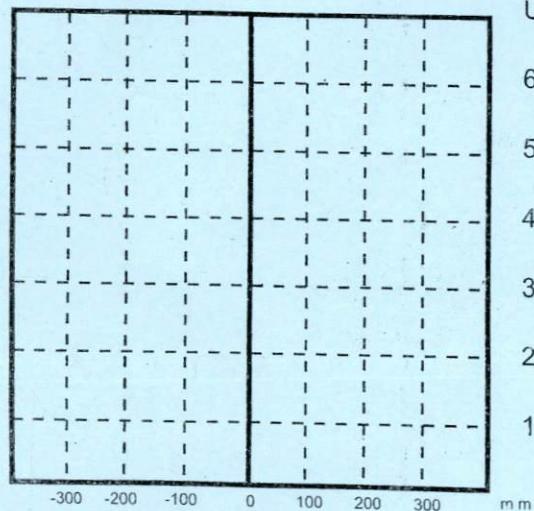
WEBER

O.D.

250 500 1000 2000 4000 H.Z.

O.G.

TYMPANOGRAMME O.D.



TYMPANOGRAMME O.G.

