

## 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 :

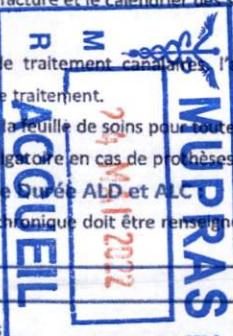
- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### 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

- Réclamation : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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.

## Déclaration de Maladie

N° W19-550665

116226



### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4748 Société :

Actif

Pensionné(e)

### Optique

### Autres

Nom & Prénom :

DOUTARAA CHAKIB

Date de naissance :

30-04-56

Adresse :

LOT N° 1 APP. 1 MMG  
MARRAKECH

Tél. :

0664170568 Total des frais engagés : 812,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

30 MARS 2022

Nom et prénom du malade :

DOUTARAA CHAKIB

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cholestérol

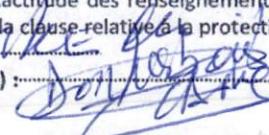
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Maroc Le : 30/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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.						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	SOINS DENTAIRES  Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient	INP : <input type="text"/>				
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX				
		MONTANTS DES SOINS				
		DEBUT D'EXECUTION				
		FIN D'EXECUTION				
			O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES  DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  H 25533412   31493552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11493553 B	CCEFFICIENT 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. BENTBIB BRAHIM

Spécialiste en OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux

- Chirurgie de la Face et du Cou
- Explorations et Chirurgie Endoscopique
- Explorations et Traitement de ma Surdité
- Membre de la Société Française d'O.R.L et Chirurgie de la face et du cou
- Expert des tribunaux

# د. بن الطيب ابراهيم

أخصائي في أمراض النذل النفف والحنجرة  
خريج كلية الطب ببوردو فرنسا  
أمراض وجراحة الرأس، الوجه والعنق  
التشخيص والجراحة بالمنظار  
تشخيص وعلاج الصمم  
خبير لدى المحاكم

30 MARS 2022

DOUTABA



LOT:038R004A  
PER:03/2023  
PPV:190,00 dh

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

LOT:070R001D EXP:02/23  
PPV:234DH00



عيادة الدكتور بن الطيب

213 شارع محمد الخامس عمارة الخطوط  
المملوكية الجوية 3  
40 000 مراكش

الهاتف : 05 24 43 32 56

رقم التعريف الموحد : 001915857000021

## CABINET Dr. BENTBIB

213, Av. Mohammed V. Imm RAM

3 ème étage - 40 000 Marrakech

Tél : 05 24 43 32 56

ICE: 001915857000021