

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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° W21-720548

123765



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

19569

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mr. Q. JIN

ISMAIL

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

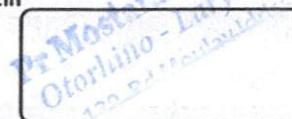
0661028561

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

01/07/2022

Nom et prénom du malade :

Mr. Q. JIN

Age :

60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

otalgie

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) :



## 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
21/07/2018 (3)	Aus 7 op		300,00 + 600,00	INP : 1091157054111 Dr Mostafa DEI 511 Otorhinolaryngologie

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
	D.O.F PROTHESES DENTAIRES																		
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																			
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mostafa DETSOULI**

Professeur d'oto-rhino-laryngologie

Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.

Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le

07/10/2028

الدار البيضاء، في

## FACTURE :

Nom-Prénom : IFRIQUINE ISMAIL

Examen : CONSULTATION+AUDIOGRAMME

Montant : 300,00 DH + 600,00 DH

TOTAL : 900,00 DH

Pr. M .DETSOULI

Pr Mostafa DETSOULI  
Otorhinolaryngologie  
120, Bd Moulay Idriss 1<sup>er</sup>

120, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>, 4<sup>ème</sup> étage - 20 000 Casablanca

Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : [det souli@hotmail.com](mailto:det souli@hotmail.com)



IFRIQUINE ISMAIL

Homme

Âge:35

Date de Naissance:28/02/1987

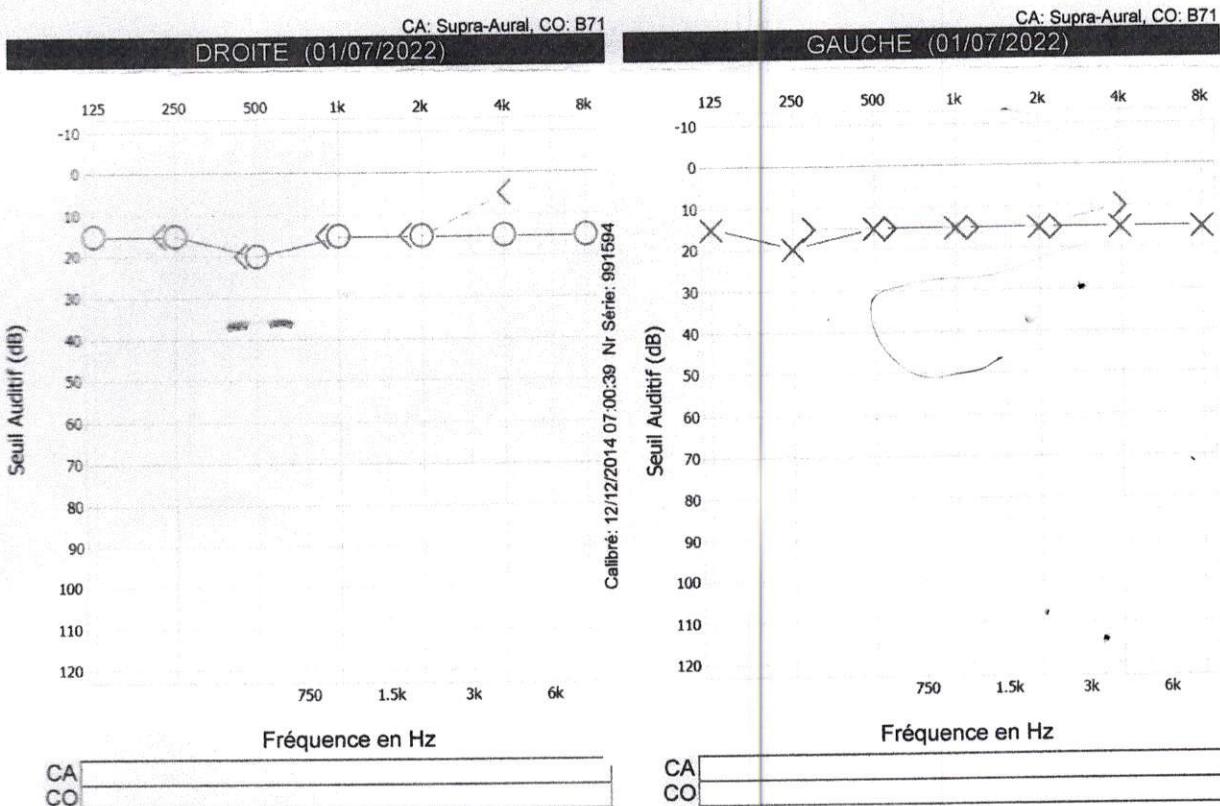
Date du Rapport: 01/07/2022

Testeur:

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
 Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
 Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
 Diplômé de Cancérologie O.R.L.



Commentaires du rapport:



CA   
 CO

CA   
 CO

## Multi Weber

250	500	750	1k	1,5k	2k	3k	4k

## PTA (dB HL) / IA (%)

	CA	CO	IA
D	16	16	
G	15	15	

## Légende

G	D	Masqué
X	○	CA
Y	△	CO
S	□	CL
M	□	MCL
U	□	UCL
*	□	NR
PTA	CA: 500, 1k, 2k	
	CO: 500, 1k, 2k	
Méthode		
Aud :		

Signé par:

Docteur Mostapha DETSOULI  
 Otorhino - Laryngologue  
 120, Bd. Moulay Idriss 7er  
 Tél: 0522 86 31 31