

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

- 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 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

M22- 0013044

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1509 Société : AES 7534

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Scimi Ahmed

Nom & Prénom : Scimi Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0013044

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez 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 <input type="text"/>			
Montant des soins <input type="text"/>			
Début d'exécution <input type="text"/>			
Fin d'exécution <input type="text"/>			

O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient mastocatoire	Coefficient des travaux														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <th>G</th> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553		G	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	G															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																
Date du devis <input type="text"/>																
Fin d'exécution <input type="text"/>																

Visa et cachet du praticien attestant la validité

Visa et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT	NOM : <u>Slimi Ahmed</u>	Mle <u>1509</u>
DECLARATION N° <u>P 14/0002079</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
	<u>500,00 JALIS</u>	<u>5</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14/0002079

DATE DE DEPOT
/ /201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle <u>1509</u>
Nom & Prénom <u>Slimi Ahmed</u>	Signature d'adhérent
Fonction <u>Retraité</u>	
Phones <u>06 69 156013</u>	
Mail <u>slimi.ahmed@airmaroc.ma</u>	

MEDECIN	Prénom du patient <u>Slimi Ahmed</u>
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>22</u>
Nature de la maladie	Date <u>25/07/2022</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances <u>Alc</u>	

Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>2</u>	<u>1</u>	<u>200</u>
<u>430</u>		<u>300</u>

PHARMACIE	Date <u>25/07/2022</u>
Montant de la facture	
Signature et cachet du Pharmacien	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX	Date																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Nombre</th> </tr> <tr> <th>AM</th> <th>PC</th> <th>IM</th> <th>IV</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>2 Prothèses Auditives</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>Nucléaires</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nombre				AM	PC	IM	IV	<u>2 Prothèses Auditives</u>				<u>Nucléaires</u>				Montant détaillé des Honoraires <u>12600,00</u>
Nombre																	
AM	PC	IM	IV														
<u>2 Prothèses Auditives</u>																	
<u>Nucléaires</u>																	

Sté AUDOUNE SARL
 ICE 001580986000071
 IF 18752858 - RC 40873
 Tél. 06 88 58 62 16

Dr Chribi 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 و جراحة
الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج كلية الطب بليون
طبيب سابقا بمستشفيات ليون
طبيب سابقا بمصحات الضمان الإجتماعي

الهاتف : 05.22.29.44.29 / 05.22.22.46.07

المتنقل : 06 61 31 20 30

بالموعد

Casablanca, le 25 JUIL. 2022 في الدار البيضاء.

Rapport Medical

Mr-Mme : *Mme A. A. A.*

Cliniquement presente :

L'audiogramme fait ce jour montre une perte auditive :

Oreille droite : *40/50 Hz* *Agn*

Oreille gauche : *45/50 Hz* *Agn*

Impedancemetrie : *normal*

Les PEA :

Son état necessite l'appareillage : *of Louche*

الدكتور عبد الكريم شرايبي
Dr. CHRAÏBI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha El Maani - Casablanca
Tél: 05.22.29.44.29 / 06.61.31.20.30

Dr Chribi 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 و جراحة
الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج كلية الطب بليون
طبيب سابقا بمستشفيات ليون
طبيب سابقا بمصحات الضمان الإجتماعي

الهاتف : 05.22.29.44.29 / 05.22.22.46.07

المتنقل : 06 61 31 20 30

بالموعد

Casablanca, le في الدار البيضاء, في

25 JUL, 2022

compte rendu et note d'honoraires

Nom - prénom :

Slimi Ahmed

Cotation :

K2

Nature d'examen :

Aggravée -

Compte rendu :

St blavoul sur les dgs

Honoraires :

300

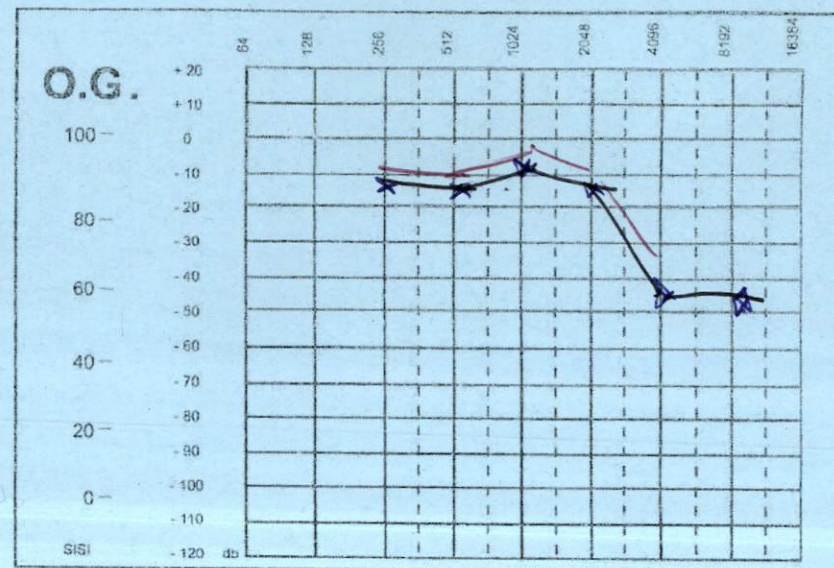
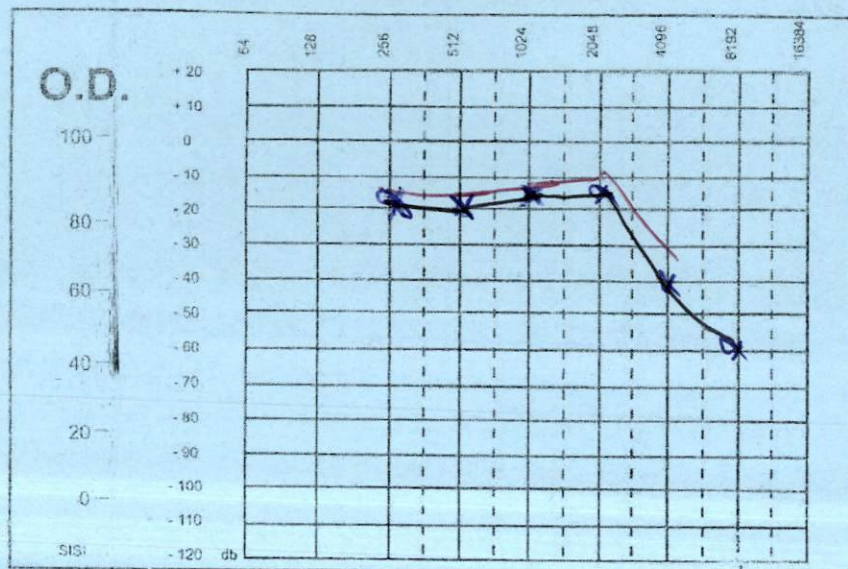
الدكتور عبد الكريم شرايبي
Dr. CHIRABI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

AUDIOGRAMME

N° DU

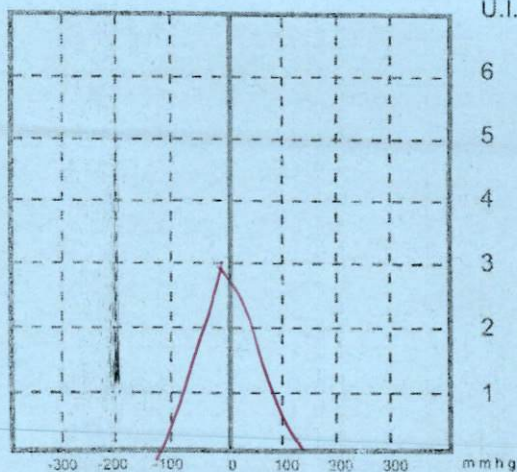
CO ROUGE
CA BLEU

25 JUL. 2022



WEBER 250 500 1000 2000 4000 H.Z.

TYMPANOGRAMME O.D.

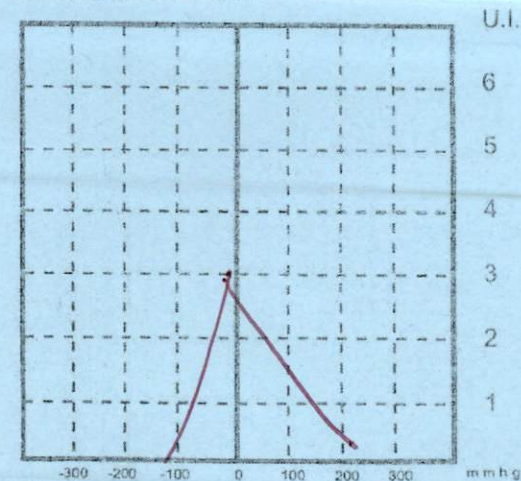


O.D.



O.G.

TYMPANOGRAMME O.G.



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 : *Slimi*
Prénom : *Muhammad*
Age :

SIGNES CLINIQUES :

Hypoxie 2/6

DIAGNOSTIC :

*SS Palau sus 4
au jus*

الدكتور عبد الكريم شرايبي
Dr. CHRAÏBI Abdelkrim
OTORHINO LARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30