

**COMMANDEMENTS IMPORTANTS A LIRE POUR
OBTENIR 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

- Réclamation : 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

N° M20- 0006410

- Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6096 Société : 137824
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : TAHIRI Jouti Samya
 Date de naissance : 21.09.1962
 Adresse : 62 Bd Abdelatif Ben Kadour
 Racine CASABLANCA
 Tél. : 0661258716 Total des frais engagés : 494,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur K. SNOUGSI**
 OTO - RHINO - LARYNGOLOGISTE
 Chirurgie De L'oreille
 47, Avenue Hassan II Casablanca
 Tél : 5522 22 78 / 0522 22 78 18

Date de consultation : 14/11/2022
 Nom et prénom du malade : Tahiri Jouti Samya Age: 60
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affective
 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 : Casa Le : 17/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/11/22	

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
		AM	PC	IM	IV	

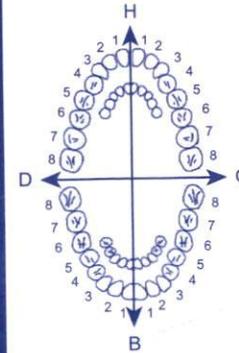
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>
				Montants des Soins <input type="text"/>
				Debut d'Execution <input type="text"/>
				Fin d'Execution <input type="text"/>

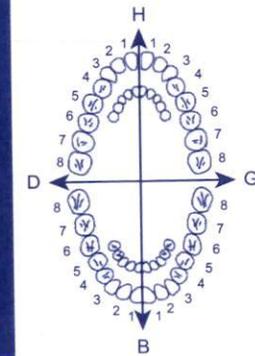


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	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 K.G. SNOUSSI

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie de l'Oreille

IMPLANTATION COCHLEAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

EX Professeur associé UM6SS

Ancien chef de service ORL hôpital cheikh khalifa



الدكتور خالد بخاري سنوسي

إختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن، الأنف و الحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

(خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

رئيس قسم سابقا بمستشفى الشيخ خليفة

أستاذ مشارك بجامعة محمد السادس للعلوم الطبية

14/11/2022

Madame TAHIRI JOUTI Samya

63/10
1) MACROMAX 500

1 comprimé le midi pendant 3 jours

49/10
2) EFFIPRED 20 mg

3 comprimés effervesents le matin après le repas pendant 3 jours

27/10
3) OMIZ 20 mg (boite de 7)

1 gellule le soir 7 jours

4) OROPROPOLIS

4 à 5 pulvérisations par jour dans la gorge 6 jours

69/10
5) DOCIVOX

1 cuillère à soupe 2 fois par jours pendant 8 jours

5) OTOSAN Spray

2 pulvérisations nasale

LOT : 4128
UT. AV : 10-23
P.P.V : 63 DH 00
3 اقراص

EFFIPRED 20 mg
PPV 40DH00
EXP 08/2025
LOT 24015 3

LOT: 220221
DL: 08/2025
69,00DH

2250

47, Avenue Hassan II - 20130 Casablanca - محج الحسن الثاني الدار البيضاء -

Tél. : 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67

الهاتف: 05.22.27.80.78 / 05.22.26.94.67
E-mail : k.g.snoussi@gmail.com - en cas d'urgence.: 06 53 59 03 10