

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

N° M21- 0050613

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10344 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUFAKRI Mohamed
Date de naissance : 1968
Adresse : habituelle
Tél. : 0660 197659 Total des frais engagés : Dhs


Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 24/11/2022
Nom et prénom du malade : YOUSSEF BOUFAKRI Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Pathologie Auriculaire
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 : Berrechid

Le : 24/11/22

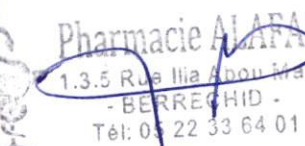
Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 25/11/22 | CS-C | | 200 dh |  |
| | | | 1/00011 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 24/11/22 | 260,80 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

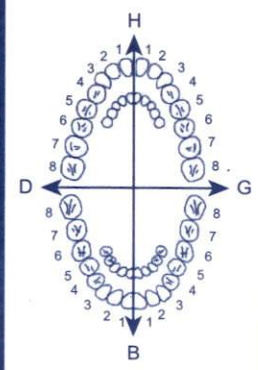
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

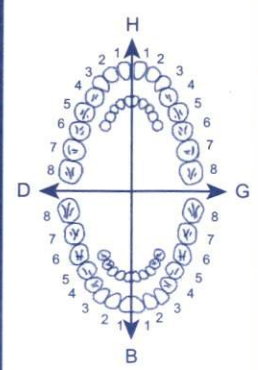
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :
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"/> |
| | | | | 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 | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| B | |

| D | G |
|----------|----------|
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochléaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي
أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الذوخر، الشيخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رنين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 24/11/2022

Youssef Benfakher

124,50

79,90

1 Actar 50mg
(S.V) 2 sach x 2 J pld 8

19,40

2 Antibio synthe
(S.V) 2 ya x 2 J pld 10 J

40,00

3 Falone 20mg
(S.V) 2 J pld 4 J

260,80

Pharmacie ALAFAO
1.3.5 Rue Abou Medi
- BERRECHID -
Tél: 05 22 33 64 01

Dr. Issam ESSALKI
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
Lot 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance
(Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid
Tél: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail: issam.essalki@gmail.com

برشيد - تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

LOT : 9018
PER : 06/24
P.P.V : 121DH50

ACLAV 500mg/62,5mg Poudre ☐
pour suspension buvable, 12 sachets



6 118000 091677

ACLAV 500mg/62,5mg Poudre ☐
pour suspension buvable, 24 sachets



6 118000 092179

LOT : 2643
PER : 09/24
P.P.V : 79DH90

NTIBIO SYNALAR

19,40

40,00

ANTIBIO SYNALAR
GOUTTES
AURICULAIRES 10 ml



6 118000 120254

ISOLONE 20 mg
20 comprimés effervescents



6 118000 021445

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochléaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي

أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رنين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 28/11/2022

Youssef Bourkaci

Parin 2/20 2022

2022 / 11 / 28

28



تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochléaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي
أمراض و جراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رنين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE :

25/11/2022

NOTES D'HONORAIRES

NOM ET PRÉNOM DU MALADE : YOUSRA BOUFAKR

DR ISSAM ESSALKI VOUS REMERCIE ET VOUS PRESENTE LA NOTE
DE SES HONORAIRES POUR L'ACTE :

AUDIOGRAMME.

COTATION K25

HONORAIRE 400 DH

**ARRETEE LA FACTURE A LA SOMME DE QUATRE
CENT DIRHAMS.**

Dr. Issam ESSALKI
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE
Lot. 14 Angle Bd Med 5 et Bd de la Résistance
(Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid
Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58

تجزئة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة - برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) - Berrechid

Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 20 01 12 58 E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr. Issam ESSALKI
ORL ET CHIRURGIE
CERVICO - FACIALE
VERTIGE - RONFLEMENT
Chirurgie Endoscopique
du nez et de l'oreille
Surdité, Implant Cochléaire
Acouphène,
Pathologie de la voix
Goitre, Allergie



الدكتور عصام السالكي
امراض وجراحة الأذن . الأنف
الحنجرة، العنق و الوجه
الدوخة، الشخير
جراحة الأنف والأذن بالمنظار
الصمم، زراعة قوقعة الأذن
رنين الأذن
اضطراب الصوت
الغدة الدرقية، الحساسية

DATE : 25/11/2022

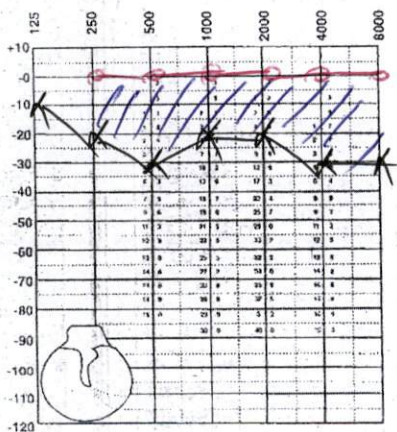
AUDIOGRAMME

NOM & PRENOM

: YOUSRA BOUFAKRI

OREILLE DROITE

OREILLE GAUCHE

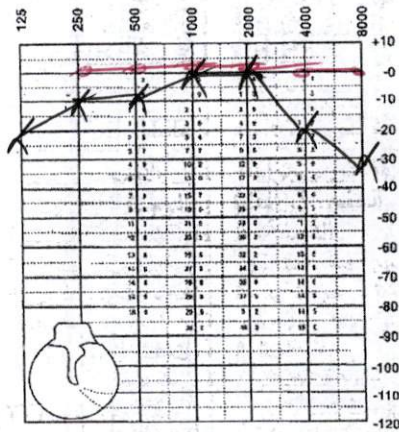


| PERTE AUDITIVE | |
|----------------|------|
| O.D. | O.G. |
| 500 | |
| 1000 | |
| 2000 | |
| 4000 | |
| Totale | |

BO X7 =

MOX7 =

Total
Perte
Binaurale
en %



COMPTE RENDU AUDIOGRAMME

Dr. Issam Essalki
Yousra Boufakri

تجزة 14 زاوية شارع محمد الخامس وشارع المقاومة = برشيد

Lot. 14 Angle Boulevard Med 5 et Boulevard de la Résistance (Au dessus de BMCE Bank) = Berrechid

Tel : 05 22 22 57 57 - 05 20 01 12 59 E-mail : issam.essalki@gmail.com