

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-638896

142046

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

3482

Société :

RAM

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ADDEL

Abdeljalil

Date de naissance :

18 - 04 - 52

Adresse :

23 Rue Ibnou Habib - Marif - CASA

Tél. :

0661 311542

Total des frais engagés :

202,30

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25 OCT. 2022

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

lumene de soprage tour

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

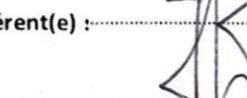
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at : médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 21/10/22

Signature de l'adhérent(e) :



Adresses Mails utiles

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

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
25 OCT 2022	c3	controle		INP : L INPE L 091157057
24 NOV. 2022	c3	control		INPE 091157057

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/10/22	31,50
	24/11/2022	202,30

ANALYSES -

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients
		Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
		Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
		Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
		Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH
		Levothyrox® 100 µg, Comprimés sécables B/30 PPV: 24,40 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

24/11/2022

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Mme EL HAOU Rabia

LEVOTHYROX 100

24.40
24.11
1/2 cp le matin avant le repas, pendant 8 jours

PUIS LEVOTHYROX 100

1cp le matin avant le repas, pendant 6 mois

AKINDEX

31.50
202.30
1 MESURE 3 FOIS PAR JOUR, pendant 10



*Mme BENNIS Zineb
PHARMACIE YACOUB EL MANSOUR
83 - 85 Bd Yacoub El Mansour
Tél : 05 22 86 13 13 - 05 22 86 31 31 - Casablanca*

AKINDEX

SIROP ADULTES

N°: 218 DMP / 21 / NRQ
LOT: 22039 PER: 03/2025
PPV: 31,50 DH

*Professeur Mostafa DETSOULI
Otorhino - Laryngologiste
120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
Casablanca - Tél: 05 22 86 13 13*

حافظ على سلامتك وسلامة عائلتك باحترام قواعد التباعد الاجتماعي ووضع
الكمامة بستمرار

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 25/10/2022 الدار البيضاء، في

Mme EL HAOU Rabia

3150

AKINDEX

1 MESURE 3 FOIS PAR JOUR, pendant 10 jours



Professeur Mostafa DETSOULI
Otorhino - Laryngologie
120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}
Casablanca Tél 0522 86 11 91

Pharmacie Yacoub El Aïd
Mme ZINEB BEN AMAR
63-65, Bd Youssef Ben Ali
Tél: 022 25 50 11 11

حافظ على سلامتك وسلامة عائلتك باحترام قواعد التباعد الاجتماعي ووضع
الكمامة بستمرار

120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, 4^{ème} étage - 20 000 Casablanca

Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com