

## 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

- 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

M22- 0022440

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4780 Société : 163810  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : KHoudari FATNA  
 Nom & Prénom : KHoudari FATNA  
 Date de naissance : .....  
 Adresse : .....  
 Tél. : 0645241905 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

دكتور الطاري مصطفى  
**Docteur Mustapha TARY**  
**ORL-Allergologue**  
 62, Bloc 42 Sidi Othmane, CASA  
 Tél: 05 22 59 98 70  
 INP: 061126165

Cachet du médecin : .....  
 Date de consultation : 01/04/2023  
 Nom et prénom du malade : KHoudari FATNA Age: .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection ORL  
 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 : .....  
 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
01/04/2023			2500H	Docteur Mustapha TARI ORL - Allergologue 62, Bloc 22 N° 46 Av. du Sidi Othmane, CASA Tél: 05 22 59 98 70 IND - 061 126165

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
PHARMACIE INOU ZAHRE EL ALIA Bloc 22 N° 46 Av. du Sidi Othmane, CASA Tél: 05 22 59 98 70 IND - 061 126165	01/04/2023	2500H

## 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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# Dr Mustapha TARY

Spécialiste :

- \* ORL et chirurgie Maxillo-Cervico-faciale
- \* Chirurgie de surdité, Ronflement et vertige
- \* Formation approfondie   l'IGP (Bordeaux-france)
- \* Diplôme d'allergologie et immunologie clinique
- \* Ancien Chirurgien des hôpitaux
- \* Expert assermenté près des tribunaux



الدكتور مصطفى الطاري

اختصاصي :

- امراض وجراحة الانف، الاذن والحنجرة
- جراحة الوجه والعنق والفك
- جراحة الصمم، علاج الشخير والدوار
- تكوين معمق بـ مـ جـ بـ (بورديو-فرنسا)
- دبلوم في تشخيص وعلاج امراض الحساسية
- جراح سابق بالمستشفيات
- خبير محلف لدى المحاكم

01 Avril 2023

casablanca le :

Khouari Fatma

32,50 @ Motrogal 500

1 cp x 3/j

36,00 @ Acicam 200

1 cp x 3/j

13,20 @ Aluile

1 cp x 3/j

PHARMACIE IBRAHIM ZAHIR EL ALA  
Bloc 22 N  46 Av. du Nili Sidi Othmane  
Casablanca - Tél.: 05 22 37 19 63  
RC : 496033 - IF : 50113439  
ICE : 002737880000067

شارع النيل سيدي عثمان بلوك 42 رقم 62 (امام صيدلية ابن زهر)

Tél : 06 28 35 52 69 - 05 22 59 98 70 - Email : mustapha.tary@gmail.com

19.40

Antibio 121er



03 foul x 3/1

32,90 x 2

Exo de ril Solution n°2



05 foul h dr

1 week  
et 1/2

PHARMACIE ISMAELIA  
Bloc 22-A/° 68-71  
Casablanca  
RC: 496033 - IF: 50113439  
ICE: 002737880000067

PHARMACIE YOUSOUF ZAHED EL ALIA  
Bloc 22, N° 46 Av. du N° Sidi Othmane  
Casablanca - Tél: 05 22 37 19 03  
RC: 496033 - IF: 50113439  
ICE: 002737880000067

PPV 36 DH 00  
PER 12/24  
LOT L3892

LOT: 0016  
EXP: JUN 2027  
PPV: 32,90 DH

دكتور مصطفى  
Docteur Mustapha TARY  
ORL - Allergologue  
62, Bloc 42 Sidi Othmane, CASA  
Tél: 05 22 99 98 70  
IND: 061126165

13,20

→ 19,40

METROZAL®  
Métrodon 500mg  
Boîte de 20 comprimés  
PPV: 32,50 DH  
6 118000 190967

LOT: 0016  
EXP: JUN 2027  
PPV: 32,90 DH  
استعمال محلي