

# 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

- 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6985 HIRCHI BOUCHAIB Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HIRCHI BOUCHAIB

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 16, AV Moulay Abdellaziz, Kenitra, Maroc

Tél. : 06.62.11.1988 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. IBRAHIM Zohair  
ORL & Chirurgie Cervico-faciale  
Angle Ibn Zarrak & Méd V  
Imm Nakhla 1 Appt 2 - KENITRA  
Tél : 05 37 36 80 71  
INPE: 051070571

Date de consultation : 22/5/2023

Nom et prénom du malade : HIRCHI BOUCHAIB Age : 1955

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

Nature de la maladie :

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

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 M22-0050583

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 :

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
22/5/23	C3		309.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur      Date      Montant de la Facture

22/05/23      1111.00

# 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

A M      P C      I M      I V

# VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

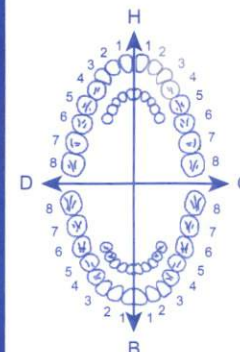
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

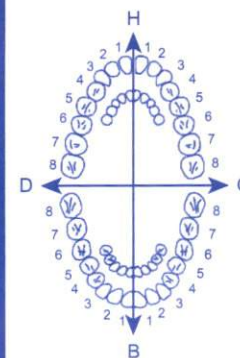
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

6985

Dr. IBNOUCHEIKH Zouheir

ORL

Maladie et Chirurgie Nez - Oreille - Gorge  
et Chirurgie de la Face et du Cou

Exploration de l'Audition

Ex-Chef de Service ORL à l'Hôpital

El Idrissi

Kénitra, le.

22/5/2023

الدكتور ابن الشيخ زهير

طب وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة

وجراحة الوجه والعنق

استكشاف السمع

رئيس قسم سابق بمستشفى

الإدريسي

القنيطرة

Hirchi Bouchar

21100

Romac 150mg

4cp x 2j. pd 5j

40100

Cotipred 20mg

4cp 5 - atin

111100

ROMAC® 150 mg

10 Comprimés pelliculés



6 118000 230267

LOT: 10022002

PER: 10/2024

PPV: 71.00 DH

PPV: 40DH00

PER: 03/26

LOT: M719

Cotipred® 20 mg

prednisolone

20 comprimés effervescent séables



6 118000 041016

صيدلية ميمور  
IMOSAS  
Parapharmacie  
160 Bd Mohammed V - KENITRA  
Tel: 0517374223 / Fax: 0537373495  
INPE 052042736

Dr. IBNOUCHEIKH  
ORL & Chirurgie Cervico-Faciale  
Angle Ibn Zarrak & Med V  
Imm Nakhla 1 Appt 2 KENITRA  
Tel: 05 37 36 80 71  
INPE: 05107051

Angle Ibn Abi Zarrak et Med V, Imm. Nakhla 1 Appt 2 (en face Clinique Anoual) - Kénitra / Tél : 05 37 36 80 71 - GSM : 06 61 70 49 19

زاوية ابن أبي زرع وشارع محمد الخامس إقامة نخلة 1 شقة 2 (أمام مصحة أنوال) - القنيطرة / الهاتف: 05 37 36 80 71 / 05 37 36 80 71 / 06 61 70 49 19



# Cabinet de Rhumatologie عيادة أمراض العظام و المفاصل

**Docteur Nada BENSAOUD**

Diplômée de la faculté de

Médecine de Raçat

Spécialiste des Maladies  
des Os et Articulations



**الدكتورة ندى بنسعود**

خريجة كلية الطب

بالرباط

اختصاصية في أمراض  
العظام و المفاصل

Kénitra, le .....

القنيطرة في

26/08/2015

Mex - Hachti Boue Haib

- L'Honorable Professeur  
pour Echographie  
de la cheville gauche  
genou gauche?

Deux Cent Dix-Huit

200/00 DV

Cabinet de Rhumatologie  
Nada Bensaoud  
5, Avenue Hassan II, Imm. Centre D affaire Hassan II, 2 ème étage - Bureau n° 1 Kénitra.  
Tél : 05 37 37 77 27

15 شارع الحسن الثاني، عمارة الحسن الثاني الطابق 2 - مكتب رقم 1 - القنيطرة

15 Avenue Hassan II, Imm. Centre D affaire Hassan II, 2 ème étage - Bureau n° 1 Kénitra.

Email : nadabensauoud@yahoo.fr - Tél / Fax : 05 37 37 77 27