

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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'HC  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-011112

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 724 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KASMI NOUREDDINE

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : Lot 042 ASSANOUBAR MANSOURIA

Tél. : 0661295540 Total des frais engagés : 678,8 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/11/2023

Nom et prénom du malade : KASMI NOUREDDINE 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 : CASABLANCA Le : 15/11/2024

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
07/11/23	examen		250,00	
	aud		400,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/11/2023	28,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

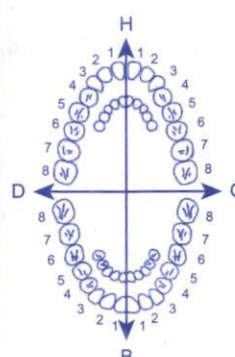
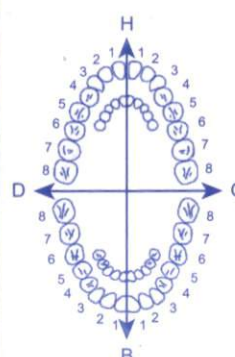
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
				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. Lyoubi HICHAM**

Spécialiste en ORL

Chirurgien de la Face et du Cou



**د.اليوبي هشام**

أخصائي في أمراض الأذن، الأنف  
والحنجرة - جراح الوجه و العنق

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca

ANCIEN INTERNE DU CHU de Nantes - France

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيب داخلي سابق بمستشفى نانت - فرنسا

Mohammedia le : 07/11/2023

M KASMI NOUREDDINE

**VITANEVRIL FORT COMPRIME DRAGEFIE**

**BOITE DE 30**

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir  
après le repas pendant 15 jours

PHARMACIE ORTHOPEDIE  
DU MAGASIN  
M. TAZI YOUNES  
AVENUE DES F.A.R. MOHAMMEDIA  
05 23 32 24 16 / INPE : 092040880

Dr. LYOUBI HICHAM  
Chirurgien ORL  
21 Avenue de FAR-Mohammedia  
Tél : 05 23 32 53 30  
INPE : 061306411

SV



21, Avenue de F.A.R, 2 ème Etage N° 20 - MOHAMMEDIA  
21، شارع الجيش الملكي الطابق الثاني - رقم 20 - المحمدية  
الهاتف : 05 23 32 53 30 / هاتف الطوارئ : 06 61 46 89 16

PPV

LOT

PER

2880



VITANEVRIL® FORT 100 mg 

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

25x34x79  
9



**Dr. Lyoubi HICHAM**



Spécialiste en **ORL**

Chirurgien de la **Face** et du **Cou**

**د. اليوبي هشام**

أخصائي في أمراض الأذن، الأنف  
والحنجرة - جراح الوجه و العنق

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca

ANCIEN INTERNE DU CHU de Nantes - France

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيب داخلي سابق بمستشفى نانت - فرنسا

**FACTURE**  
**KASMI NOUREDDINE**

Facture # F00000036

Date de facturation 07/11/2023

Actes	Code	Montant Dhs
Examen Audiometrique	K28	400 Dhs
		Total: 400 Dhs

Somme réglée à ce  
jour : 400 Dhs

Compte rendu: presbyacousie bilatérale

**Dr. LYOUBI Hicham**

**Chirurgien ORL**

21 Avenue de F.A.R - MOHAMMEDIA

Tél : 05 23 32 53 30

INPE : 061306411

**21, Avenue de F.A.R, 2 ème Etage N° 20 - MOHAMMEDIA**

**21, شارع الجيش الملكي الطابق الثاني - رقم 20 - المحمدية**

**الهاتف : 05 23 32 53 30 / هاتف الطوارئ : 06 61 46 89 16**



Prénom NOUREDDINE

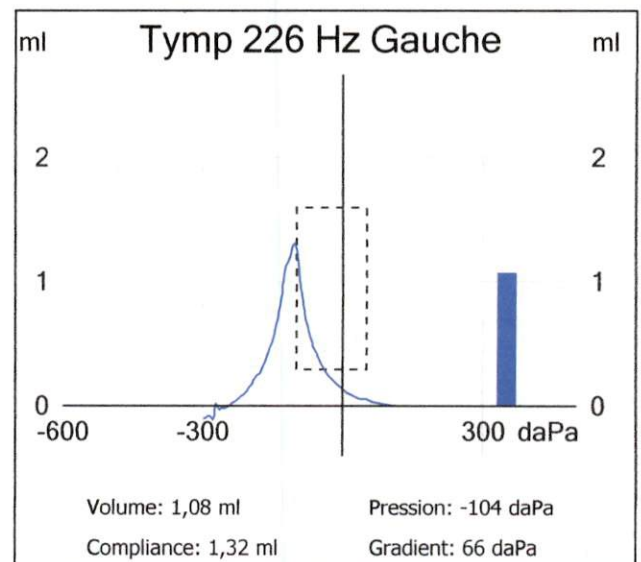
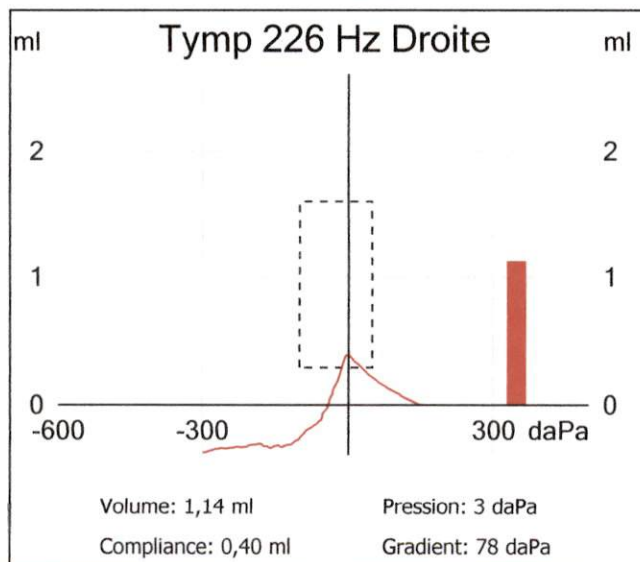
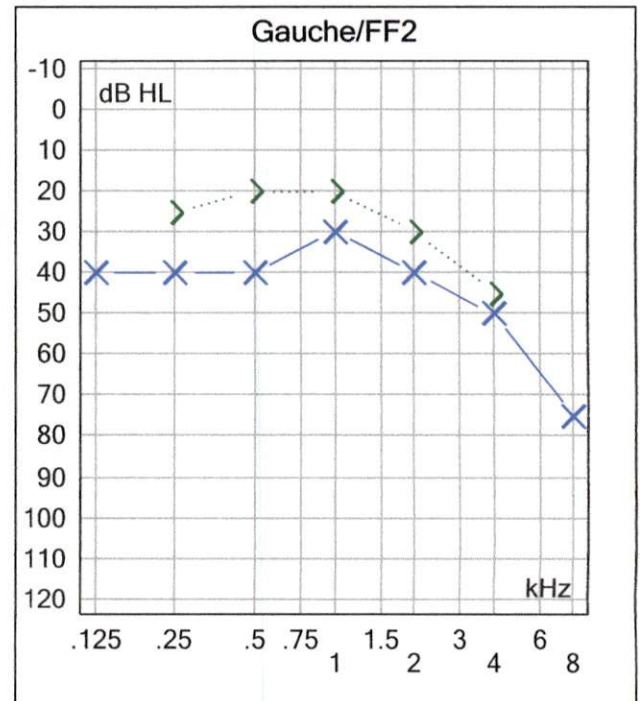
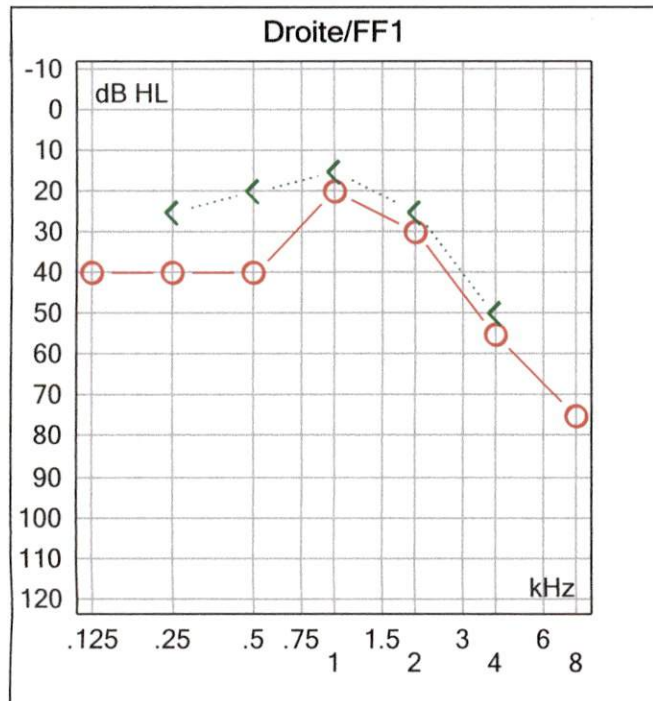
Nom KASMI

07/11/2023 09:50:05

مركز طب الأذن، الأنف و الحنجرة  
**CENTRE ORL**

MOHAMMEDIA

**Avec masquage**



Dr. LYOUBI Micham  
Chirurgien ORL  
21 Avenue de FAR-Mohammed  
Tél : 05 23 32 53 30  
INPE : 061306411