

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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



194583

Déclaration de Maladie

M23- N° 0041913

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1481 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : JANAH ABDERRAHIM  
Date de naissance : 07-05-1949  
Adresse : DERB NAJAT N° 68 AIN-SERAA  
CASABLANCA  
Tél. : 0661420884 Total des frais engagés : 461,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. AÏT EL KERDOUDI MEHD  
ORL et CCF  
NPE : 061280905  
Date de consultation : 06/02/2024  
Nom et prénom du malade : JANAH Abderrahim Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : aff. 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 : 06/02/2024  
Signature de l'adhérent(e) : ABJ

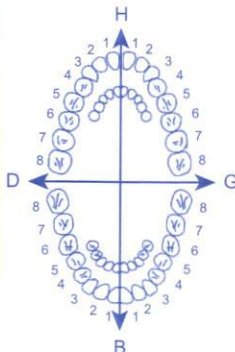
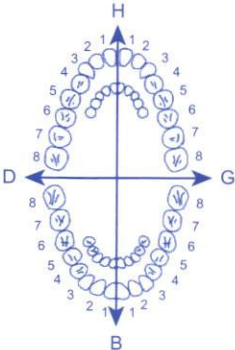
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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 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"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="text-align: center;"> <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> </div>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

A diagram of a dental arch with 16 teeth. The teeth are numbered 1 to 8 on both the left and right sides, starting from the center (midline) and moving outwards. The top of the arch is labeled 'H' and the bottom is labeled 'B'. The left side is labeled 'D' and the right side is labeled 'G'.

	<div>H</div> <div>25533412   21433552</div> <div>00000000   00000000</div> <div>D ————— G</div> <div>00000000   00000000</div> <div>35533411   11433553</div> <div>B</div>	
<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		
<div></div>		
<div></div>		
<div></div>		
<div></div>		
<div></div>		
<div></div>		
<div></div>		
<div></div>		

Coefficient des Travaux	<div></div>
Montants des Soins	<div></div>
Date du Devis	<div></div>
Date de l'Execution	<div></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr AIT EL KERDOUDI Mehdi

Spécialiste en

Oto-Rhino-Laryngologie

Exploration de la surdité et des acouphènes  
Vertige et trouble de l'équilibre  
Ronflement et pathologie du sommeil  
Chirurgie ORL endoscopique  
Chirurgie des amygdales et de la thyroïde  
Adultes et Enfants



د. أيت الكردي مهدي

أخصائي أمراض

الأذن، الأنف والحنجرة

تشخيص نقص السمع والطنين  
علاج الدوخة واضطرابات التوازن  
علاج الشخير واضطرابات النوم  
جراحة الأذن، الأنف والحنجرة بالمنظار الداخلي  
جراحة اللوزتين والغدة الدرقية  
للکبار والصغار

## ORDONNANCE

Casablanca, le

06/04/24

JANAH ABDERRAHIM

1/ EXOMUC



39.90

10 x 3 / 5 x 6



2/ BUDENA BUCCA

234.00



2 pul / Buccales le matin

461.40

3/ Docivox (cp)

69.00



1 cp x 3 / 5 x 6

4/ Exon



118.50

1 cp / 5 x 6

276, Bd. Mokhtar Ben Ahmed Garnaoui, 1<sup>er</sup> étage, Hay EL Qods, Sidi Bernoussi - Casablanca

Tél : 05 22 73 21 27 - E-mail : dr.kerdoudi@gmail.com

LOT 070T006D  
EXP 04/25  
PPV 234DH00

LOT 23012  
PER JUL 25  
PPV 39DH90

**IXOR® 20 mg** 2  
PPV 118DH50

**IX de gorge**  
**ouements pass**  
LOT 230870  
DLUO: 10/2026  
69,00DH  
**ron**