

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-830361

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12585	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZERHOUNI SOUFIANE (9985)			
Date de naissance : 01/12/1987			
Adresse : RES. SUN SQUARE IMME APPN 19 ALMAZ CASABLANCA			
Tél. :	0662129142	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	<p>Cadre réservé au Médecin</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Dr. Khalid EL YACOUBI Spécialiste O.R.L. 136, Im. Faraj Apt. 7 Lot. Lina Sidi Maârafi - Casablanca Tel. 05 22 27 25 26-Fax: 05 22 27 25 27 </div> <p>Date de consultation : 18 MARS 2024 / 19 MARS 2024</p> <p>Nom et prénom du malade : Dr. ZERHOUNI Soufiane Age: 1987</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : ASTHME</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT</p> <p>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.</p>
-------------------------------------	---

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

Signature de l'adhérent(e) : e.s.

Le : 19/03/2024

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
19 MARS 2014	Colt KIC	450		INP : [REDACTED] INPE 091060590

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Sun Square Almaz Dr. Amran Vialid 218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz Rocade Sud-Ouest - Casablanca Tél - Wsp : 06 20 20 19 20 INPE : 052115449	19/3/14	2167

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

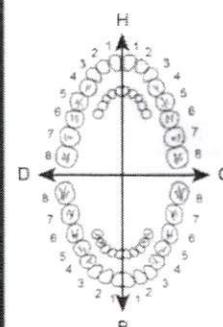
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

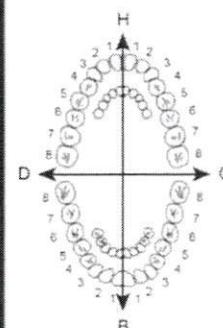
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
-----------------	----------------	------------------	-------------	------------------



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21432552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]

FIN D'EXECUTION [REDACTED]

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DATE DU DEVIS [REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

CABINET ORL

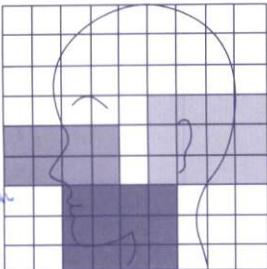
Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé

Faculté de Médecine de Montpellier

Nez • Gorge • Oreilles

Chirurgie Face et Cou



Pharmacie Sun Square Almaz SARL
Dr. Amrani Walid
218, Sun Square Almaz, Quartier Almaz,
Rocade Sud-Ouest - Casablanca
Tél - Wtsp : 06 20 20 19 20
INPE : 062115449

الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمنبولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق

الأذن - جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le

19 MARS 2024

Mr Zerhouni Soufiane

65,90

① Icam : 1 g Pe 2021 30

MM 30

④ Cicalal. 2 ml chapeu

18,70

② Dolyphine 2 poche 1 sachet 14,40

80,40

③ Humex num 2 ml 30

216,30

LOT AFRIQUE-PHAR
237411
PPV: 65 DH 90
EXP 06/2025

S.V

S.V

S.V

S.V

Dr Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
135 Imm. Faraj Lot. Lina
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 0522 97 25 26 - INPE : 091060000

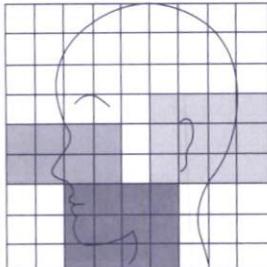
LOT: 22/78
PER: 22/40
PPV: 10/2025 H

PPV: 18 DH 76
LOT: 01/27
PER: 01/27

CABINET ORL

Docteur Khalid EL YACOUBI

Spécialiste Diplômé
Faculté de Médecine de Montpellier
Nez • Gorge • Oreilles
Chirurgie Face et Cou



الدكتور خالد اليعقوبي

خريج كلية الطب بمنبولي

اختصاصي في أمراض الأنف - الحلق

الأذن - جراحة الوجه و العنق

19 MARS 2024

Casablanca, le

NOTE d'HONORAIRES :

Je prie Mr, Mme : J^e Z. Elouan Sifian

de croire à mes meilleures salutations et lui présente selon l'usage ma
note d'honoraires :

C + K₁₅ impulsion

$$300 + 150 = 450$$

Dr Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L
135, Imm. Faraj Lot. Lina
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 0522 97 25 26 - INPE : 001

إقامة فرج، الشقة 7، سيدى معروف، الرقم 136 - الهاتف : 0665 33 67 19 - 0522 97 25 26 - الدار البيضاء

Imm. Faraj (prés Maroc Telecom) Appt 7, Sidi Maârouf, N°136, - Tél. : 0522 97 25 26 - 0665 33 67 19 - CASA
Email : elyacoubi.kh@gmail.com - TP : 36123148 - IF : 40706303 - CNSS : 2625567 - ICE : 1673640000043

Dr Khalid EL YACOUBI
Spécialiste O.R.L.
135, Imm. Faraj Lot. Lina
Sidi Maârouf - Casablanca
Tel.: 05 AT235 26 - INPE : 091060590

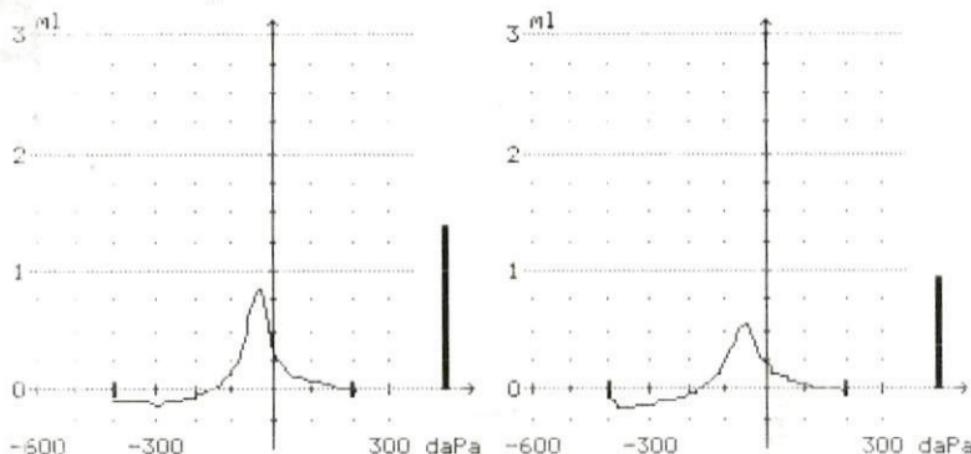
Subject Data Printout

19 MARS 2024

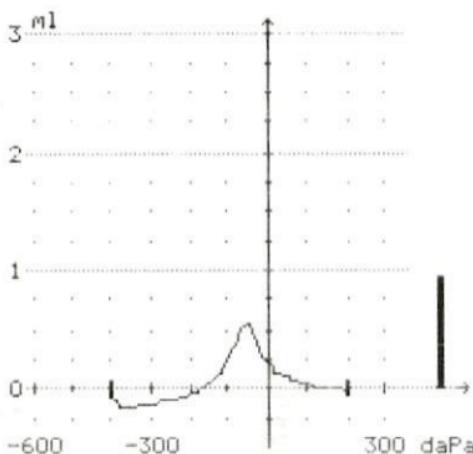
Id No.: _____ Date: _____
Sex: _____ Age: _____
Name: ♂ Zekhouri Soufia
Address: _____
City: _____
State: _____
Country: _____
Phone: _____
E-mail: _____
Examiner: _____
Remarks: Legue Catarrhe tubaire
bilateral

Tympanogram

Right



Left



Ear Volume 1.39 ml
Compliance 0.86 ml
Pressure -35 daPa
Gradient 51 daPa

Ear Volume 0.95 ml
Compliance 0.55 ml
Pressure -50 daPa
Gradient 72 daPa