

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.

Médecine 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.

Éducation :

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.

Médecine 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

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



40350

Déclaration de Maladie

Nº P19- 053663

PEC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : R.Z.14.b

Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : MOUJANE Labounchine

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : B.P. 14 Aïr Djerid -

Tél. : 0699741300 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur AIT MBAREK BOUCINE
SPECIALISTE
Nez - Gorge - Oreilles (ORL)
et Chirurgie Cervico-Faciale
App. N°4, 1er Etage D1 Résidence Bab Doukkala
(Derrière Aswak Assalam) Bd Prince My Abdellah
Marrakech Tél. : 05 24 42 21 31

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/09/2020

Nom et prénom du malade : MOUJANE Labounchine Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant,

Nature de la maladie : Soreite exception

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-053663

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 :

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
08/09/2010	C2		1000000	 Dr. AIT Mbarek Spécialiste en Médecine Faciale et Chirurgie esthétique Clinique de Recherche Bab Souika Avenue de l'Indépendance, Bab Souika, Casablanca Tél: 05 24 44 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Appelé à la facture	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
Av. Allal El Fassi 5000 Appartement 102 Tel: 0324 43 33 22	14/09/2012					12600000

VIOLET ADHERENT

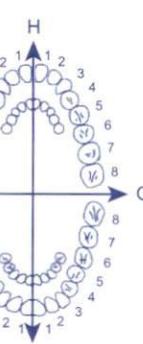
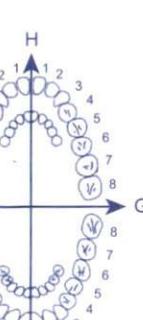
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ostéodensitométrie.

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 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DOCTEUR AITMBAREK BOUHCINE

MARRAKECH : 08/09/2020

SPECIALISTE

MALADIES DU NEZ-GORDES –OREILLES (ORL)

Chirurgie maxillo-faciale.

N° INP : 071083281

ICE : 001889537000039

Je soussigne

*Docteur AIT MBAREK BOUHCINE
Nez - George - Oreilles -
et Chirurgie - Oeil -
App. N°4, 1er Etage D1 Cervico-Faciale (ORL)
Derrière Aswak Assalam) Bd Prince Bab Doukkala
Marrakech Tél.: 05 24 42 21 31*

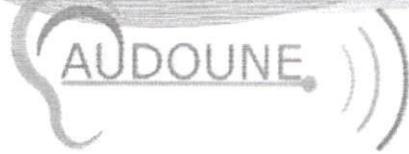
certifie que Mr moujjane lahoussine

Présente une surdité de perception bilatérale nécessitant un

Appareillage contour d'oreille.

*Docteur AIT MBAREK BOUHCINE
Nez - George - Oreilles -
et Chirurgie - Oeil -
App. N°4, 1er Etage D1 Cervico-Faciale (ORL)
Derrière Aswak Assalam) Bd Prince Bab Doukkala
Marrakech Tél.: 05 24 42 21 31*

APP.N°4 1er ETAGE D1 RESIDENCE BAB DOUKALA. (Bd PRINCE MOULAY
ABDELLAH MARRAKECH. Tel: 0524422131



Espace De Conseil Auditif

DEVIS

Patient

Référence : 00088h /20

Date : 14/09/2020

Mr ;moujjane lahoussine

Désignation	Qté	Prix unitaire	Prix total

Prothèse Auditive Numérique haute technologie :

STARKEY Origine USA

ANAM : FA 100001.

- 2 Ans d garantie.
- Contrôle gratuit.
- Service après vente gratuit.

2 6300.00 12 600.00

**Total TTC
12 600.00**

Arrêter la présente facture à la somme de : **douze mille six cent dirhams**

Sté AUDOUANE
Av. Allal El Fassi, Le Belvédère
Alg. N° 5 Marrakech
tel: 0524 45 33 22 GSM: 0624 28 28 30



www.audoune.com



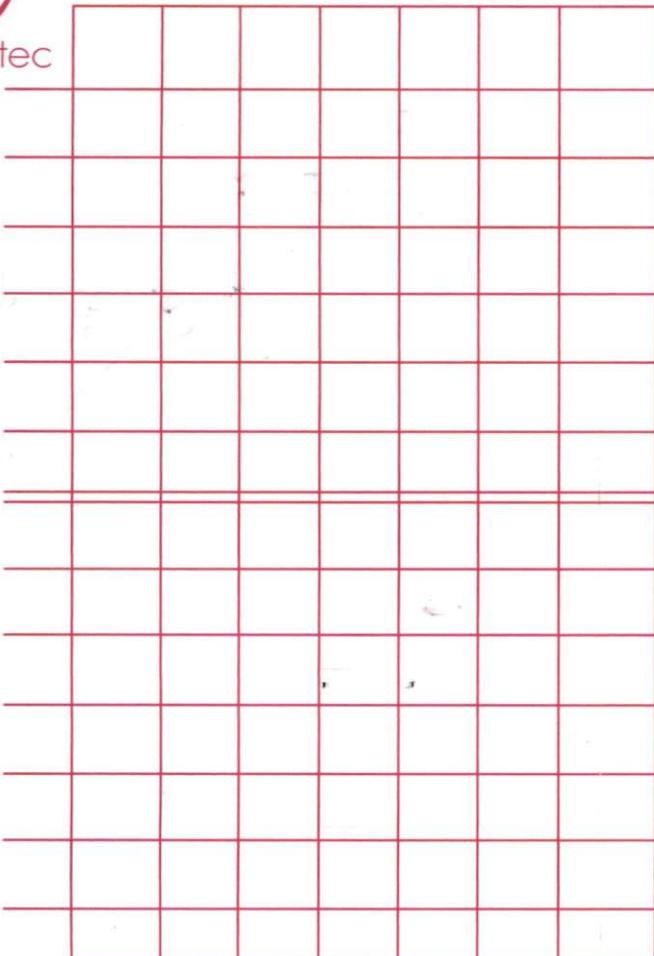
Espace de Conseil Auditif – Audoune.



06 62 03 07 14



128 256 512 1024 2048 4096 8192



NOM... Rouffiat Prénom Laetitia

Age **80** Profession

Adresse

Date _____

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

Traitement chirurgical

Frater

Date :
Côté :

Type de l'intervention :

~~Docteur AIT MDAAREK BOUHCINE
SPECIALISTE
Nez - Gorge - Oreilles (ORL)
et Chirurgie Cervico-Faciale
App. N°4, 1er Etage Drissidice Bab Doukkala
(Derrière Aswak Assalam) Bld Prince My Abdellah
Marrakech Tél: 05 24 42 21 31~~

40350

