

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-428509

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0933 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité MUPRAS
 Nom & Prénom : ELGHARDI Mahamed
 Date de naissance : 01-07-1943
 Adresse : 14 Rue Ballouch Elhassan Oasis
 CAGABLANCA
 Tél. : 0667401507 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENYAZID EL HASANI A JII
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Otorhinolaryngologique de la face et du cou
 119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
 ICE:001918333000002 - IF:14477065 INPE:0911 052
 Date de consultation : 02/07/2019
 Nom et prénom du malade : ELGHARDI Mahamed Age : 76 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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.

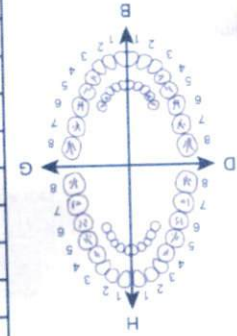
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------



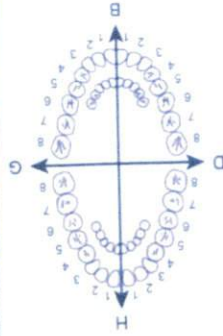
--	--	--	--	--

COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION
----------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------

	B	
	000000000 35533411 11433553	
G		D
	000000000 25533412 21433552	
	H	

35533411 114353	B	(Création, remonte, adjonction)	Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession
MONTANTS	DES SOINS		

(Création, remont, adjonction)



PROTHÈSES DENTAIRES

COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

INP: 09M79052

Dr. BENYAZIZ EL SANI / III
Oto-rhino-Laryngologie
Chirurgie Otorhinolaryngologique de la face et du cou
119 bd Abdelkader - Casablanca

Cachet du Pharmacien ou du Conseiller	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

ate

Designation des Coefficients

Montant des Honoraires

Cachet et signature
du Particien

Date des

Solns

Nombre

W

Montant détaillé des Honoraires

du Particien

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



اختصاصي في أمراض و جراحة
الاذن، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)

Casablanca, le 02/07/2019

Facture

MR EL OUARDI MOHAMED

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	300,00 Dh
Audiométrie complète (D363/K25)	1	600,00 Dh
Total		900,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
neuf cents dirham(s)

Dr. BENLYAZID EL HASANI A Jil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la face et du cou
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
ICE:001918333000002 - IF:14477065 INPE:0911 3052

128 256 512 1024 2048 4096 8192

Nom FLOUARDI Prénom MOHAMED

Age..... Profession.....

Adresse.....

Date 22/07/19

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS :

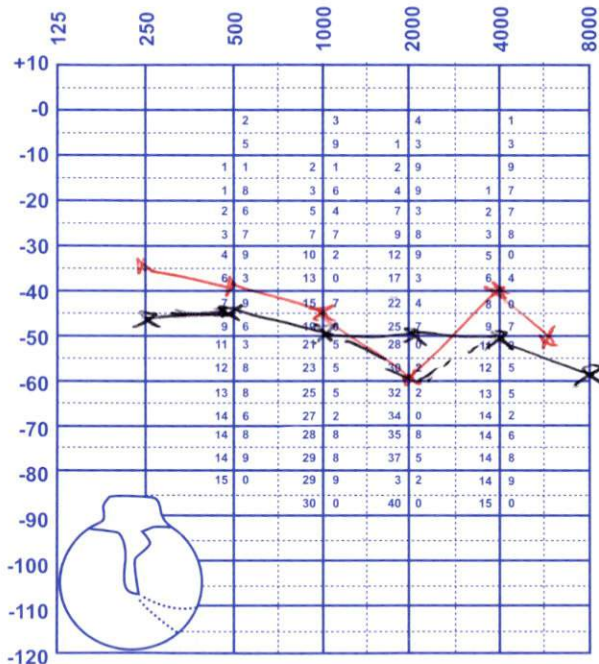
Dr. BENLYAZID EL HAS SANI A Jil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la Face et du Cou
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
ICE001918333000002-IF:14477065 INPE0911 3052

Traitement chirurgical

Date :

Côté

Type de l'intervention :



A. ELOUANE

MOHAMED

0210 7/19

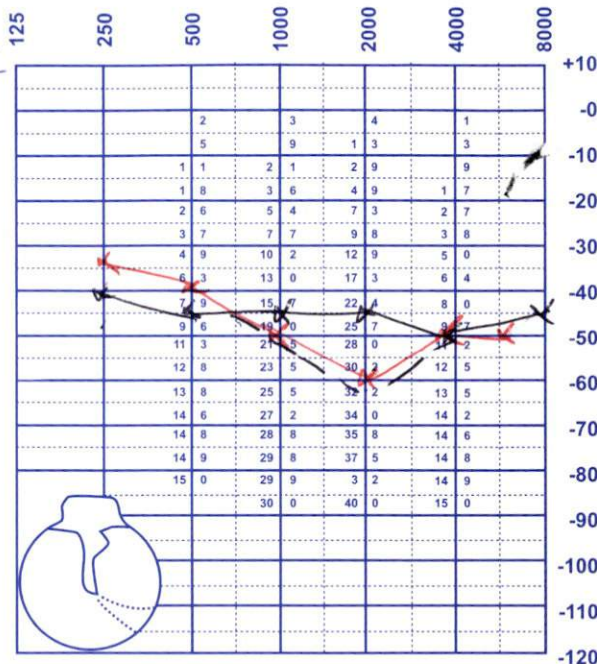
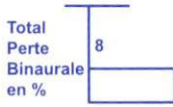
PERTE AUDITIVE

	O.D.	O.G.
500	45	45
1000	50	50
2000	60	60
4000	50	50
Totaux		

Totaux

BO X 7 =

MO X 7 =



Bing



Bing

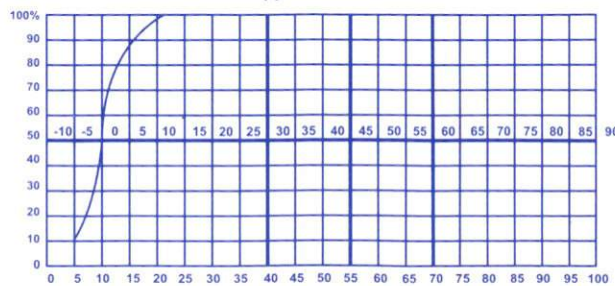
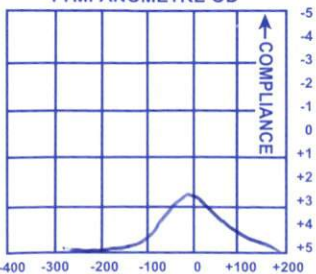


Vpp Vmf Vff

Bing

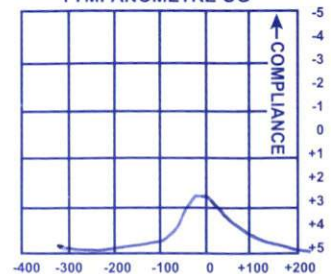


TYMPANOMETRE OD



I.C.A. = + + = 3 =

TYMPANOMETRE OG



Dr. Adil Benlyazid

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)



د. عادل بن اليزيد

اختصاصي في أمراض و جراحة
الأذن، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
رئيس سابق في كلية الطب (بتور فرنسا)

Casablanca, le02/07/2019.....

MR EL OUARDI MOHAMED

Faire poser un appareillage auditif bilatéral pour presbyacousie

Dr. BENLYAZID EL HAZ SANIA (il)
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la face et du cou
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
ICE:001918333000002 / IF:14477065 / INPE:0911 3052