

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Déclaration de 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

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° P19-0002587

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7801 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YOUNCH KAMAL Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661166631 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/05/19

Nom et prénom du malade :

Lui-même

MUPRAS  
RECEPTION

Age :

Lien de parenté :

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) :



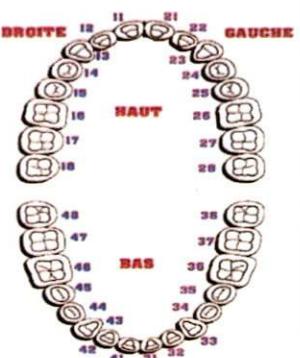
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

## Montant des soins

## Début d'exécution

## Fin d'exécution

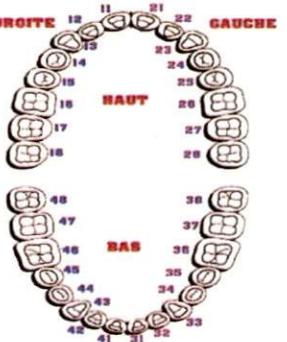
## Coefficient des travaux

## Montant des soins

## Date du devis

## Fin de

## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient masticatoire

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, Remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Signature du praticien  
Date de l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM :

Mle

## DECLARATION N°

W18-381429

Date de Dépot

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 7801

Nom & Prénom

Ayouch et Kamal

Fonction :

CDB

Phones 066.116.66.31

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient Ayouch Kamal

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date 22-05-2019

Nature de la maladie

Date 1ère visite

Plenihuse de l'ail.

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

audiogramme  
audiogramme  
audiogramme

1

K20

K20

K20

300,00 DA  
300,00 DA  
300,00 DA  
600,00 DA

## PHARMACIE

Date

Montant de la facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date :

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Royaume du Maroc  
Forces Armées Royales  
Hopital Militaire  
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية  
القوات المسلحة الملكية  
المستشفى العسكري الدراسى  
محمد الخامس

15 MAI 2019

Ayouch Kacem

Famille

A nos deux enfants.

Rc: 5 ans, commandant le bord, que  
présenter une BAA gauche (SP modernisé)



Dr. Mouna EL GHIZI  
Medecin Capitaine  
Dentiste en Medecine aeronautique  
CEMPN - H.M.I.M.V - RABAT

**Dr AMAROUCH Nadia**  
**Oto-rhino-laryngologie**  
*Diplômée en Physiopathologie et exploration  
des fonctions neurosensorielles O.R.L.  
Officier Médecin (E.R) des forces armées Royales  
Ancienne résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris*

CASABLANCA le 22/05/2019

**FACTURE**

Monsieur AYOUCH KAMAL

*EXAMEN : CONSULTATION + AUDIOGRAMME TONAL +  
AUDIOGRAMME VOCAL + OTOEMISSION ACOUSTIQUE*

*COTATION : V2 + K20 + K20 + K20*

*HONORAIRES : 300DH + 300DH + 300DH + 600DH*

*TOTAL : 1500,00DH*

*(MILLE CINQ CENT DIRHAMME)*

*Cachet et signature du médecin*

Dr. Nadia AMAROUCH  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Facial  
26, Rue des Tabors - Oasis  
CASABLANCA [01]  
Tél: 05.22.98.23.27

# Docteur Nadia AMAROUCH

SPECIALISTE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE CERVICO-FACIAL

DIPLÔMÉE EN PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPLORATION

DES FONCTIONS NEURO-SENSORIELLES O.R.L

Officier Médecin (ER) des Forces Armées Royales

Ancienne Résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'OTO-NEURO-PHYSIOLOGIE

**Sur Rendez - Vous**

الدكتورة نادية أماروش

اختصاصية في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق

طبية ضابطة (م.ع) بالقوات المسلحة الملكية

مقيدة سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس

عضوة بالأكاديمية الدولية لفزيولوجيا الأذن والدماغ والجهاز العصبي

بالموعد

Casablanca, le : ..... 22/05/2019 ..... الدار البيضاء، في :

## Monsieur AYOUCH KAMAL

DIAMOX

1/2 Comprimé par jour pendant 2 mois

POTASIUM SIROP

1 Cuillère à soupe par jour pendant 2 mois

Dr. Nadia AMAROUCH  
Spécialiste O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Facial  
26, Rue des Tabors - Route de l'Oasis  
CASABLANCA  
05 22 98 23 27



Cette prescription comporte 2 spécialités

cabinetorlna@outlook.com

26. زنقة طابور - طريق الوازيس - الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 23 00 - الفاكس : 05 22 98 23 27  
26, Rue des Tabors - Route de l'Oasis - Oasis - Casablanca - Tél.: 05 22 98 23 27 - Fax : 05 22 98 23 00