

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.

Diologie 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.

Prothèse :

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

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 : RA
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : AYOUCH Kamel 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 :
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) :



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												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	G			Montant des soins
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis													
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de													

Cachet du praticien	
à l'exécution	

VOLET ADHERENT	NOM :	Mle
DECLARATION N°	W18-381429	
Date de Dépôt	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		



W18-381429

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	Mle 7801
Nom & Prénom	Ayouch Kamal
Fonction : CDB	Phones 0661166631
Mail	

MEDECIN	Prénom du patient	Ayouch Kamal
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>
Age	Date 22-05-2019	
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
Plénitude de l'œil.		

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Audiotape Toul Audiotape Toul D. 10 ch. 8, mastic. 10	120 120 120	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	



15 MAI 2019

Ayouch Kamal

Faue svp :

Anatomie normale.

Rc: 5 ans, commandant de bord, qui
présente une BAA gauche (SP moderne gauche)

Dr. Mouna EL GHAZI
Médecin Capitaliste
Spécialiste en Médecine aéronautique
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 AYOUCHE 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
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 أعماروش

إختصاصية في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق

طبيبة ضابطة (م.ع) بالقوات المسلحة الملكية

مقيمة سابقا بالأكاديمية الطبية بباريس

عضوة بالأكاديمية الدولية لفزيولوجية، الأذن والدماغ والجهاز العصبي

بالموعد

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

Monsieur AYOUCHE 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-Faciale
26, Rue des Tabors - Oasis
CASABLANCA
05 22 98 23 27

Cette prescription comporte 2 spécialités

cabinetorlno@outlook.com

26, زنقة طابور - طريق الوازيس - الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 23 27 - الفاكس : 05 22 98 23 00

26, Rue des Tabors - Route de l'Oasis - Oasis - Casablanca - Tél.: 05 22 98 23 27 - Fax : 05 22 98 23 00