

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0001779

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **8768**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL MALKI BEN ABDELLAH**

Date de naissance :

29-10-67

Adresse :

Tél. : **661157264** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **13/09/19**

Nom et prénom du malade : **EL MALKI Ben Abdellah Ghita** Age : **13 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) :

RELEVÉ 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
13/01/19		66	6300	D. M. Spécialiste en G.R.E Chirurgie Plastique Esthétique 13/01/19 15:24:05 D. M. Spécialiste en G.R.E Chirurgie Plastique Esthétique 13/01/19 15:24:05
13/09/09	Impressionne d'Os			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	18.9.19	256.90

092058908

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

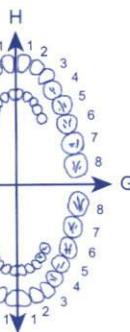
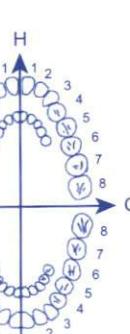
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

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															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR
O.R.L.

Dr B. MOKRIM
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA
SOUNNI
O.R.L.
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

Le 18/09/2020

el Adkia femme de Gite



1) Azelis 50 mg le soir pour 1 mois

2) Nasonex 50 mg le matin pour 1 mois



3) Nasal 6 matin pour 1 mois

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

LOT: 069
PER: OCT 2020
PPV: 120 DH 70

30 أقراص
ملبسة

256,90



Dr. M. BERRADA SOUNNI
Spécialiste en ORL
Chirurgie Plastique Esthétique
Et Maxillo-Faciale Clinique Beauséjour
Tél: 06 60 25 24 05

N Dossier:

Nom de famille: *ELMAL ki BÉRRIDA*

Prénom: *GHTA*.

Interacoustics A/S
Drejervænget 8
5610 Assens

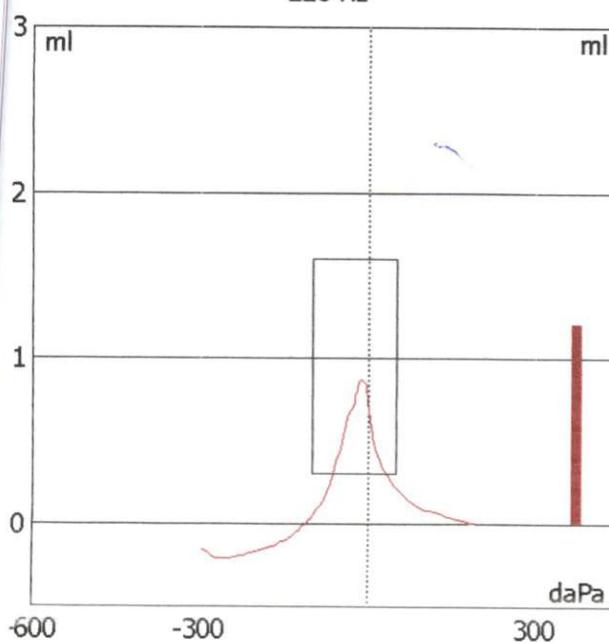


Interacoustics

13/09/2019 16:30:14

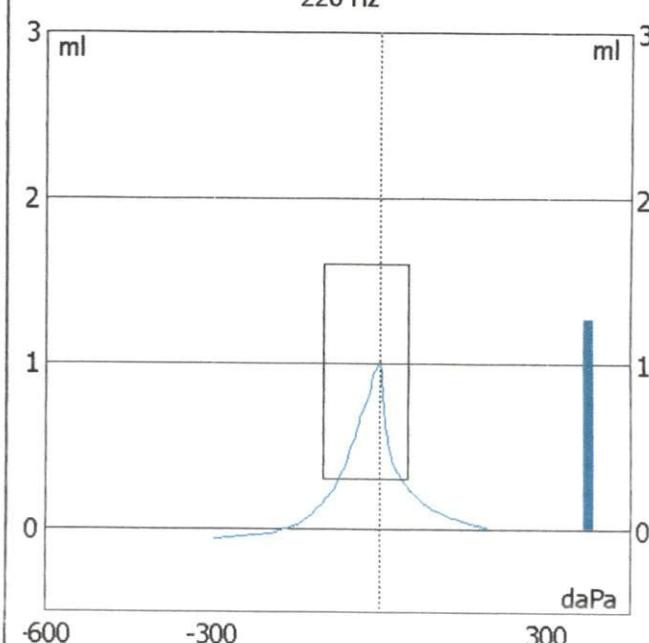
Droite

226 Hz



Gauche

226 Hz



Casablanca, le 13/09/2019

Dr M. BERRADA SOUNN.
Le Docteur Spécialiste en ORL

Chirurgie Plastique Esthétique
Et Maxillo - Faciale Clinique Beauséjour

Tél: 06 60 25 24 05

Prie M EL MALKI BERRADA GHITA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et
lui présente suivant l'usage, sa note d'honoraires
Pour

IMPÉDANCEAGREE

S'élevant à la somme de ~~H~~ 200,00 Dhs

Dear Dr

Dr M. BERRADA SOUNN.
Spécialiste en ORL
Chirurgie Plastique Esthétique
Et Maxillo - Faciale Clinique Beauséjour
Tél: 06 60 25 24 05