

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 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

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.

Maladie

Dentaire

24591 Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e) 9568

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom : MASSOURI Djalil SAD

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 066115 6234

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age: _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.

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

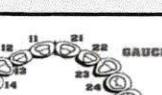
Fait à : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHÉSES DENTAIRES

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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des	
				Montant des soins	Début d'exécution
					

www.english-test.net

VOLET ADHERENT NOM : **MIC**

HOME  

DECLARATION N° W18-380445

DATA DE DÉBITO: 20/01/2014 **MONTANTE:** R\$ 1.000,00

Date de Dépot Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Digitized by srujanika@gmail.com

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

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les

justificatifs exigés par la Mutuelle



W18-380445

DATE DE DÉPÔT

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 3565	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom MASSOUR Ned SAID		Signature de l'adhérent	
Fonction : SC UDOA Phones		Signature de l'adhérent	
Mail MASSOUR@relocalairmoral.com			
MEDECIN	Prénom du patient MASSOUR Ned Said		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age 46	Date 12 DEC. 2019		
Nature de la maladie CS + décharge d'oreille		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
V2+K20		300 + 100 = 400 DT	
PHARMACIE	Date 12/12/2019		
Montant de la facture		19,40	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date :	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

Docteur HAMID
ORL ET CHIRURGIE FRANCO
19, Av. Hassabi - 5e ét.
Tél. : 0522.22.66.11 CASAB
PHARMACIE DULY
N° 8 bis Rue de la Réunion
Tél. : 05 22 29 47 61
ICE : 05 22 29 00 00

CACHET

Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale
Spécialiste des Maladies
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
Fax : 0522 22 71 24

الدكتور لونيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذنين - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 29 60 53
فلاكس: 0522 22 71 24

12 DEC. 2019

Casablanca, le

MASSOUR Rashed Sadi

19.40

Antibiotique

3

3

3

A'S



Docteur HAMID LOUNIS
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
19, AV. Hassan II - 5^e étage
TEL : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale
Spécialiste des Maladies
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
Fax : 0522 22 71 24

الدكتور لونيسيس حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأنف - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس

ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)
الدار البيضاء - المقهى : 0522 29 60 53
0522 22 71 24
فاكس: 0522 22 71 24

Casablanca, le

12 DEC. 2019

Nom / Prénom : DRASSOUR Red Sait

COMPTE RENDU

Consultation ORL

K30 : Nasofibroscopie

K20 : Audiogramme

K10 : Impédance métrie

K10 : Lavage d'oreille

Autre :

Conclusion : Bronchoe de cerveau
bilatérale

Forfait : 400 DH

Docteur HAMID LOUNIS
ORL ET CHIRURGIE CERVICO - FACIALE
19, AV. HASSAN II - 5^e étage
CASABLANCA
Tel. : 0522 22 66 11