

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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9272 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEDDAH ABDELAZIZ

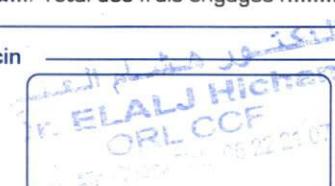
Date de naissance : 01-05-1969

Adresse : Krimet Rue 30 N° 43 Casab

Tél. : 07 07 19 69 05 Total des frais engagés : 659,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/05/2020

Nom et prénom du malade : ZEDDAH H. ABDELAZIZ Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : GM Bronchite Cérumen + otite externe ch. latérale

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 : Casablanca

Le : 29/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Matricule : 9272

Nom de l'adhérent(e) : ZEDDAH

Total des frais engagés : 659,70

Date de dépôt :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-041985

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE 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
29/05/16	Cs		250	Dr. EMAIJ HICHAM ORLCCF
29/05/16	Seins d'adulte	K 10	350	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharma-MDA</i>	<u>29</u> <u>05</u> <u>2012</u>	<u>FF-77</u>

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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	

VIOLET ADHERENT

280

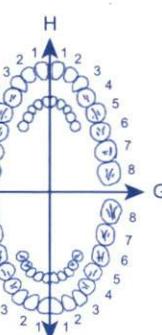
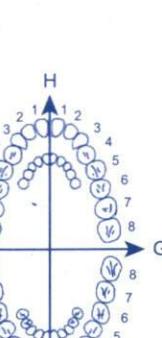
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur El Al Hicham
ORL & Chirurgie cervico-faciale
Enfants et Adultes

Diplômé de la faculté de médecine
 de Genève - SUISSE



الدكتور العلج هشام
 أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
 للأطفال والكبار
 خريج كلية الطب
 بجنيف - سويسرا

29/05/2020

ZEDDAAGH

ABDELAZIZ



* فحص و جراحة الأذن تحت المجهر
 Chirurgie et examen de l'oreille
 sous microscope

* فحص و جراحة الأنف، الجيوب الأنفية
 و الحنجرة بالمنظار الداخلي
 Examen & Chirurgie du Nez
 Sinus et larynx par caméra
 endoscopique

* جراحة الوجه، العنق و الغدة الدرقية
 Chirurgie cervico-faciale et du
 goitre

* كشف و علاج الشخير و اضطرابات
 الصوت
 Exploration et Traitement du
 ronflement et troubles de la voix

* الكشف بالمنظار
 الداخلي للأنف، البلعوم والحنجرة

* كشف و علاج أمراض السمع، الدوار
 وطنين الأذن
 Exploration et Traitement de
 la surdité, vertige et acouphène

→ AUDITION ← السمع

- Audiométrie قياس السمع
- Tympanométrie قياس ضغط الأذن الوسطى
- Otoémissions acoustiques - البث الأنفي السمعي
- Potentiels Evoked Auditory (PEA) - تحفيظ عصبي أذني - السمع والدماغ

→ VERTIGE ← الدوار

- Video-Nystagmographie رسم و تحفيظ الرارة
- Graphie (VNG) تحركات الرارة بالفيديو

001110500213497
 PPC 25.00 DH
 LOT 3010848

34.7

Skin salic

AB au dm 16 21, G

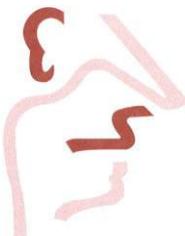


LOT : 9012
 UT. AV : 03-23
 P.P.V : 34 DH 70

59.7

Pharmacie ANDALOUS
 Bachir SLAOUI
 Bd. Panoramique
 Casablanca
 Tel.: 05 22 21 07 13
 203 Bd. panoramique résidence Panoramique II Apt 17 Casablanca Ain Chock / Tél.: 05 22 21 07 13 / orlpanoramique@gmail.com

Dr. EL AL HICHAM
 ORL CCF
 203 Ain Chock Tél.: 05 22 21 07 13



Note d'honoraires

* فحص و جراحة الأذن تحت المجهر
 Chirurgie et examen de l'oreille
 sous microscope

* فحص و جراحة الأنف، الجيوب الأنفية
 و الحنجرة بالمنظار الداخلي
 Examen & Chirurgie du Nez
 Sinus et larynx par caméra
 endoscopique

* جراحة الوجه، العنق و الغدة الدرقية
 Chirurgie cervico-faciale et du
 goitre

* كشف و علاج الشخير و اضطرابات
 الصوت
 Exploration et Traitement du
 ronflement et troubles de la voix

* الكشف بالمنظار
 الداخلي للأنف، البلعوم و الحنجرة

* كشف و علاج أمراض السمع، الدوار
 وطنين الأذن
 Exploration et Traitement de
 la surdité, vertige et acouphène

→ AUDITION ← السمع

- Audiométrie قياس السمع
- Tympanométrie قياس ضغط
الأذن الوسطى
- Otoémissions acoustiques البث الأذناني
السمعي
- Potentiels Evocés auditifs (PEA) تحفيظ عصبي
السماعي و الدماغ

→ VERTIGE ← الدوار

- Video-Nystagmo Graphie رسم و تحفيظ
تحركات الراوة
(VNG) بالفيديو

Date : 29/05/2020

Nom et Prénom : ZEDDAGH Abdelaziz

J'ai l'honneur de vous présenter la note d'honoraires due
 pour :

SOINS LOCAUX DE L'OREILL K10 350,00

TOTAL 350,00 DH

ARRETE LA PRESENTE NOTE D'HONORAIRES A LA SOMME DE :

trois cent cinquante DH

Dr EL ALJ Hicham
 ORL CCF
 ... numero Tél.: 05 22 21 07 13