

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.

Ordonnance :

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.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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° P19-0037207

46430

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2518 Société : RETRAITE
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MEZZOURH MOHAMMEN SEGHIR
Date de naissance : 01.01.1951
Adresse : 11 RUE GAFAT OUSDA 60000
Tél. : 0661604682 Total des frais engagés : 641,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : D. SAÏD BENYAKHLEF
Spécialiste O.R.L. & Chirurgie Cervico Maxilo Faciale
Résidence Farah - Angle Bd. Méd V et Bd. Allal Ben Abdellah 1er Etage N°24
Tél. : 05 36 70 55 11 - Oujda
Date de consultation : 05/10/2020
Nom et prénom du malade : MEZZOURH Mohamed Seghir Age : 69 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : otite gauche + Rhinite
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 : OUSDA le : 05/10/2020
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037207

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).

Matricule : 2518
Nom de l'adhérent(e) : MEZZOURH
Total des frais engagés : 641,60
Date de dépôt :

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
06/10/2020	C3	3000	3000	Dr. Saïd BENYAKUB Spécialiste O.R.L. & Chirurgie Cervico Maxillo faciale Résidence Farah - Angle Bd. Med V et Bd. Aïthal Ben Abdellah 1 ^{er} Étage N°24 Tél: 05 36 70 55 11 - Oujda

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

06/10/2020

34160 DA

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 CCEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. Saïd BENYAKHLEF

SPÉCIALISTE ORL

Chirurgie Cervico Maxilo Faciale

Diplômé de l'Université de Bordeaux II



الدكتور سعيد بن يخلف

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف،
الأذن، الحنجرة، الوجه والفكين

خريج جامعة بوردو II فرنسا

وجدة، في : 06 07 2020

M^r MEZZOUH
Mohamed Seghir

9680

① Resprimer + 1 bte sachet

4520

② xyzall

1 douche nasale

14260

③ Tanaker

5700

④ obla 21g x 24

Enter lca des goul

Bonls Quie

34160

Tél.: 05 36 70 55 11 - الهاتف

إقامة فرح، ملتقى شارعي محمد الخامس وعلال بن عبد الله. الطابق الأول رقم 24 - وجدة

Résidence Farah, Angle Bd. Med V et Allal Ben Abdellah, 1^{er} Etage Appt N° 24 - Oujda

SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

OTOFA[®]

Rifamycine

Voie auriculaire



28,10



28,10



RESPIMER®

NetiFlow®

Sachets for Nasal Irrigation

Soothing Salts Formula

**HEAVY CONGESTION
of the NOSE and SINUSES**

CLINICALLY PROVEN METHOD

Improves quality of life

High tolerance formula



**laboratoire
de la Mer**



**BOTTU SA
PPC : 96 DH 80**

LOT H513

EXP 2022 09



30 sachets

للعنوان
استيراد شركة ستار للتجارة الدولية
مبنى رقم 56 - شارع 104 المعادي
لقاهرة مصر

Code ACL : 5373289



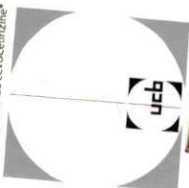
3 564300 001756

LOT 201087 2

EXP 04 2024

PPV 45 20

Xyzall 5 mg
Dichlorhydrate de Lévocétirizine*



Xyzall 5 mg

14 comprimés pelliculés



Non remboursable AMO



6 118000 021582

71,30



71,30

