

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-725945

133989

Autres



Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

6402

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AKERZOUK DRISS

Date de naissance :

09-02-1965

Adresse :

55 RUE 11 LOT EL WAHDA 1 DEROUA

Tél. :

06 73 72 54 31

Total des frais engagés :

500

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13-10-2022

Nom et prénom du malade : HAMMAMI Khadija

Age: 50

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Stom



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

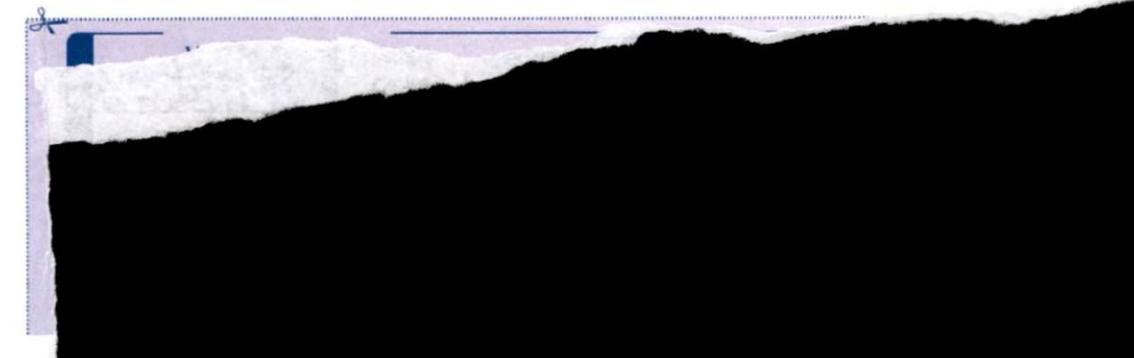
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : DRAOUA

Le : 13-10-2022

Signature de 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
19/10/2022	Co	200,00		INP : 1111111111111111
	Audiometrie	300,00		Docteur D'Amato

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Soins	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B		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'EXECUTION		

Dr. Omar BADISS

Oto-Rhino-Laryngologue

Maladie et Chirurgie du Nez
Gorge - Oreille - Face et Cou
Exploration et traitement de surdité
Vertige - Troubles de la voix
Endoscopie
Ronflement - Allergie
Chirurgie de la thyroïde



د. عمر باديس
إخلاصي للأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق
إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف
و الحنجرة - الأذن - الوجه و العنق
تشخيص و علاج الصمم
الدوخة - اضطرابات الصوت
الفحص بالمنظار
الشخير و الحساسية
أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le ٢٦/١٠/٢٠١٩

Facture

H amani : **بـ ٣٧٥**

Con su Habilin : **٦٥,٥٠**

Audiograme : **٣٠٠**

٦٥٥

INPE : 09 10 44 719
Medecin O.R.L.
Dr Omar BADISS

تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة

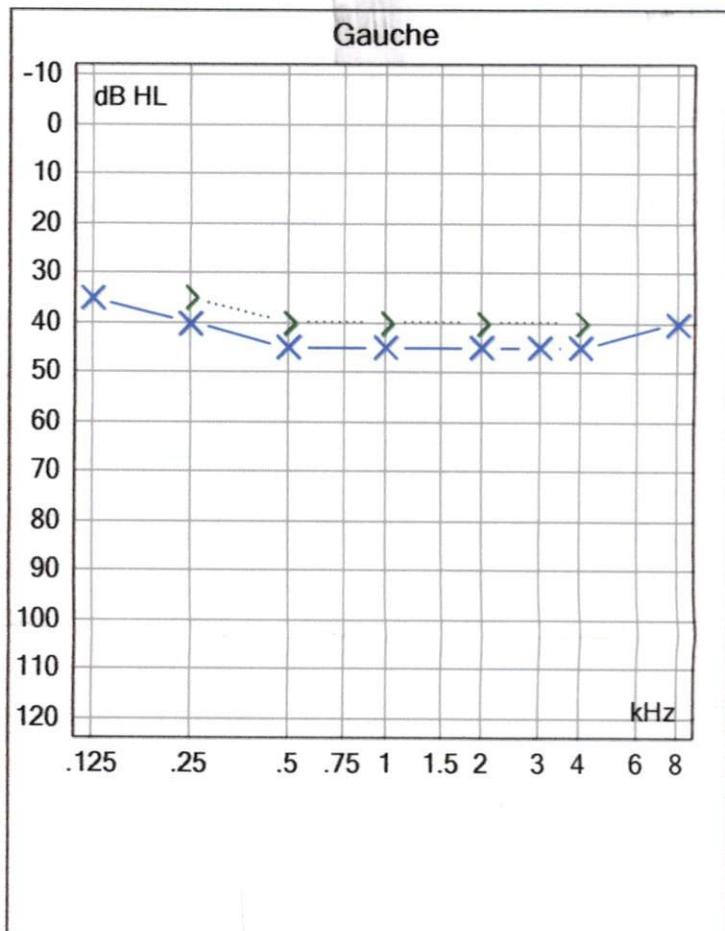
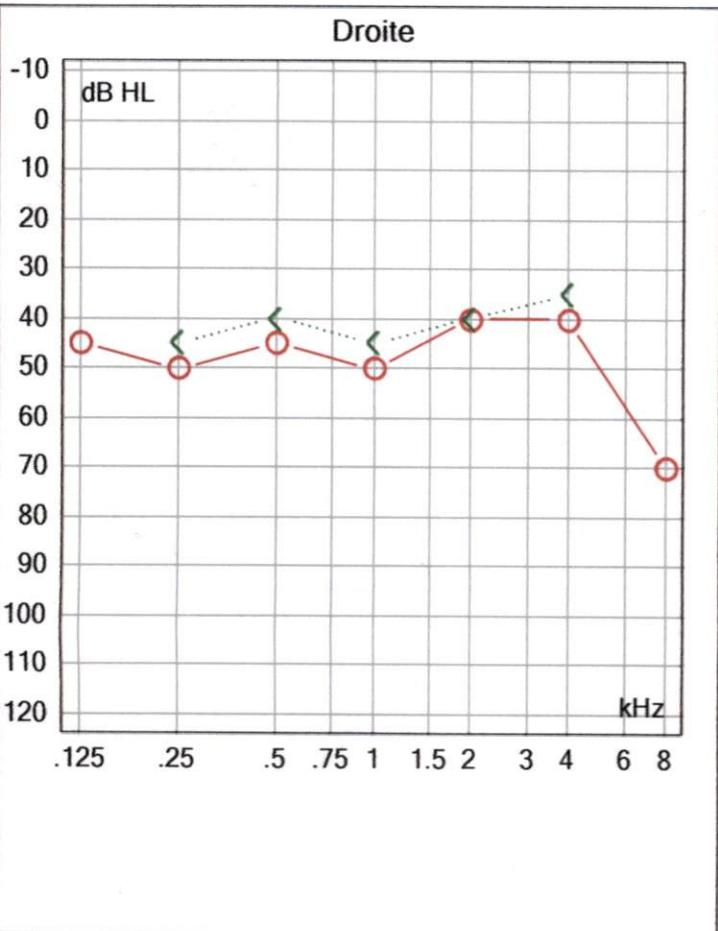
Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1^{er} étage - Deroua

Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com

DR OMAR BADISS
ORL ET CHIRURGIE CERVICO FACIALE
TEL:0522036103

H amani Chalige

29. 1. 2011



AUD report - no data

Sensibilité de l'acoustim à 42.5 dB à 1K
et 45 dB à gauche

INPE - 09 10 44 716
Dr. Omar Badiss
ORL
Medecin