

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

- Reclamation : 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.

M22- 0024534

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :

9396

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHALAK Ziad

Date de naissance :

05/10/62

Adresse :

Résidence Andalousia Im 37 App 06

Casablanca

Tél. :

0661481827

Total des frais engagés :

505,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

DOCTEUR MOUSSI
OROLOGISTE
L'oreille
47, AV. EL HASSAN II Casablanca
Tél. : 0522.26.04.57

Cachet du médecin :

Date de consultation :

08/03/2023

Age:

Chalak Ziad

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allegedue ALC

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

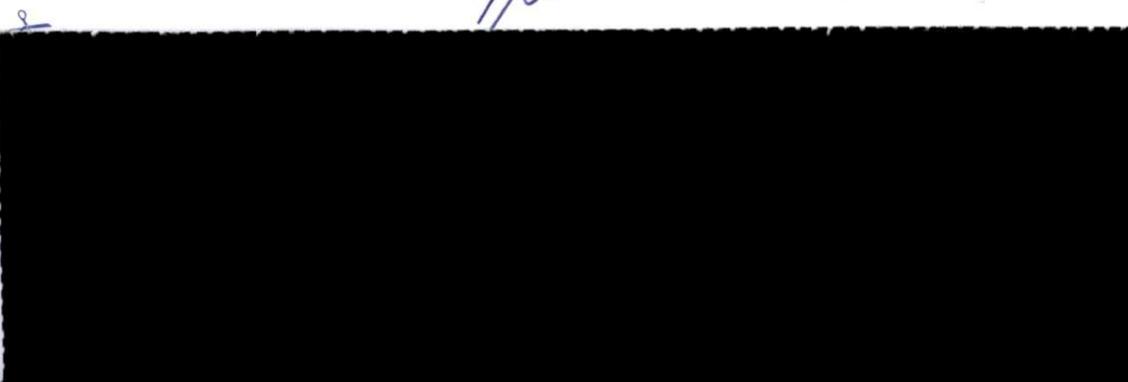
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 15/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/3/23	205,000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIODIAGNOSTIQUES			
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
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A 10x10 grid with numbered circles (1-10) and a path starting at D and ending at B.

- Row 1: Circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: Circles 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1
- Row 3: Circles 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 10
- Row 4: Circles 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 10, 9
- Row 5: Circles 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 10, 9, 8
- Row 6: Circles 6, 5, 4, 3, 2, 1, 10, 9, 8, 7
- Row 7: Circles 5, 4, 3, 2, 1, 10, 9, 8, 7, 6
- Row 8: Circles 4, 3, 2, 1, 10, 9, 8, 7, 6, 5
- Row 9: Circles 3, 2, 1, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4
- Row 10: Circles 2, 1, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3

Path: D → (1, 10) → (2, 10) → (3, 10) → (4, 10) → (5, 10) → (6, 10) → (7, 10) → (8, 10) → (9, 10) → (10, 10) → (10, 9) → (10, 8) → (10, 7) → (10, 6) → (10, 5) → (10, 4) → (10, 3) → (10, 2) → (10, 1) → (9, 1) → (8, 1) → (7, 1) → (6, 1) → (5, 1) → (4, 1) → (3, 1) → (2, 1) → (1, 1) → B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur K.G. SNOUSSI

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie de l'Oreille

IMPLANTATION COCHLEAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

EX Professeur associé UM6SS

Ancien chef de service ORL hôpital cheikh khalifa



الدكتور خالد فزى سنوسي

إخلاصي في أمراض و جراحة
الأذن، الأنف و الحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

(خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا))

رئيس قسم سابقاً بمستشفى الشيخ خليفه
أستاذ مشارك بجامعة محمد السادس للعلوم الطبية

08/03/2023

Monsieur CHALAK

1) LECTIL 16 mg

1 comprimé 3 fois par jour pendant 15 jours

2) REVITAL

1 gellule le matin 30 jours



Tél: 05.22.27.80.76 - 05.22.26.34.67

Dr. K. SNOUSSI
Dr. K. SNOUSSI
Dr. K. SNOUSSI
Dr. K. SNOUSSI

