

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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° W21-818295

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8669	Société : R.A.M. 184026		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : TAUIFIK HICHAM			
Date de naissance : 10/12/1972			
Adresse : RES. LILIA 2006 ETAGE APPT 73 AIN CHOCK Casablanca			
Tél. : 06 73 73 58 27	Total des frais engagés : 550,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. EL ALI Hicham 203 3d Panoramique Casablanca ORL - Chirurgie du Cou Tél. 0522 0713 / INPE 091003			
Date de consultation : 23 NOV. 2023			
Nom et prénom du malade : TAUIFIK HICHAM Age :			
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant			
Nature de la maladie : ORL externe B. Letrahi + Bouchon de cerumen			
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 :
 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
14/09/13	ORL	- Panoramique Cassé	INP : 0917766897	
14/09/13	SOM 203	0322210713 / HPE 0917766897	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

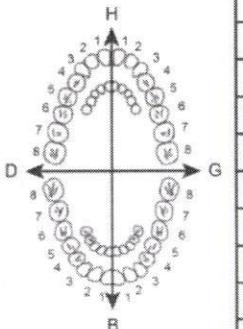
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

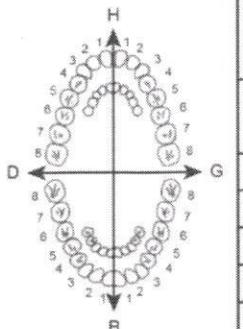
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

***جراحة الأنف، الجيوب الأنفية و الحنجرة بالمنظار الداخلي**

Examen & Chirurgie du Nez
 Sinus et Larynx par caméra endoscopique

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

***كشف وعلاج الشخير واضطرابات الصوت**

Exploration et Traitement du ronflement et troubles de la voix

***الكشف بالمنظار الداخلي للأذن، البلعوم والحنجرة**

Nasofibroscopie

***كشف وعلاج أمراض السمع، الدوران 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 Evoqués Auditifs (PEA)	- تخطيط عصب السمع والدماغ

VERTIGE	الدوران
- Video-Nystagmographie (VNG)	- رسم وتخطيط ترکات الراية بالفيديو

Date : 14/09/2023

Nom et Prénom : TAWFIK Hicham

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

consultation	250,00
soins locaux de l'oreille	300,00

TOTAL 550,00 DH

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

cinq cent cinquante DH

دكتور العلج هشام
 ORL - Chirurgie du Ceu
 203 Bd Panoramique Casa Ain chok
 Tel 0522210713 / INPE 09116892