

# 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.

## 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 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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 047394

ND: 37123

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909 ..... Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAJIB ROHANED

Date de naissance : 01/01/1975

Adresse : 27 Rue 06 Hay Tissir Ks. BOUCHECHID

Tél. 0662927318 ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/06/2020

Nom et prénom du malade : NAJIB ROHANED

Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ENTITE OPTIQUE

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
02/06/2020	CS	CL	Q1atrl	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## 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				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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 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'EXECUT

Dr .Issam EŠSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouph ne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكى  
أمراض و جراحة الأذن، الأنف  
الحنجرة، العنق و الوجه  
الدوخة الصمم، زين الأذن  
الشخير، اضطراب الصوت

DATE: ٢١٠٥٢٢

Pcl NATH

Ref ID: 2233107 - 0527742261  
Lot 1, Angle Boulevard Med V el Rue  
Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra  
Berrechid

Dr. Dr. perleptis Bilek

Audioproth

Sinusitis

Dr. Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphéne,

Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن، آهاف  
الحنجرة، العنق والوجه  
الدوخة، الصمم، رنين الأذن  
التشخيص، اضطراب الصوت



061163994

NOM & PRENOM

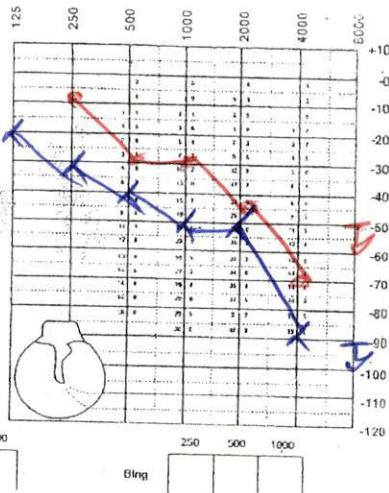
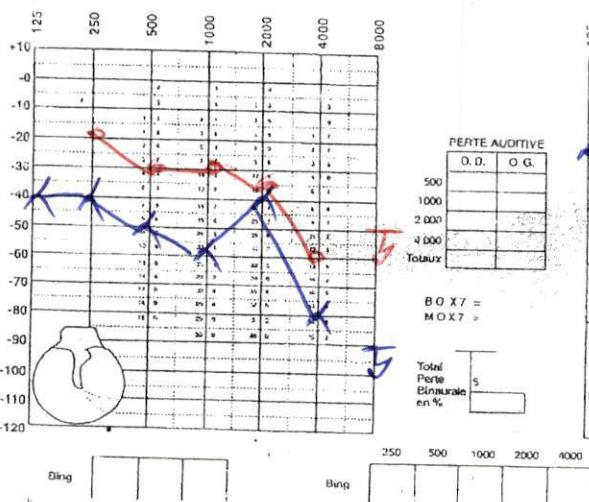
DATE : 02/06/2022

AUDIOGRAMME

Yed NAJED

OREILLE GAUCHE

OREILLE DROITE



COMPTE RENDU AUDIOGRAMME

Surdité de  
Zereefihin  
Bipolar.



تجزئة 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابث حي الزهراء (قرب مخبزة المدينة) برشيد

Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra (à côté pâtisserie Al Madina) BERRECHID

Tel : 05 22 22 57 57 - 05 27 74 42 61 - E-mail : issam.essalki@gmail.com