

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## entaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Nº P19- 053662

ND: 40388 ~~pepe~~

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R.2A4C

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraite

Nom & Prénom : MOUJJANE La Houssaine

Date de naissance : 01/01/1942

Adresse : B.P. 1H Ait Ourir TA OELZ

Tél. 0699741300

Total des frais engagés : ~~peut tout dihaw~~ DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AIT MBAREK BOUCINE  
SPECIALISTE  
Nez - Gorge - Oreilles (ORL)  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
App. N°4, 1er Etage-D1 Residence Bab Doukkala  
(Derrière Aswak Assalam) Bd Prince My Abdellah  
Marrakech Tél.: 05 24 42 21 31

Date de consultation : 25/06/2020

Nom et prénom du malade : MOUJJANE EL HOUSSAINE Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ~~Affection ORL~~

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 : M. Moujane

Signature de l'adhérent(e) :

Le 17 SEP. 2020

  
ACCUEIL

## **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
25.06.2023	gyn		# 300 D.H	Dr. S. Gorgor et Chirurgie App. N°4, 1er Etage, Dr Prince My. Assalam, Bd Prince My. Assalam, 0542131212
25.07.2023	Anhosométrie	1/2	# 400 D.H	Dr. S. Gorgor et Chirurgie App. N°4, 1er Etage, Dr Prince My. Assalam, Bd Prince My. Assalam, 0542131212 Dr. S. Gorgor et Chirurgie App. N°4, 1er Etage, Dr Prince My. Assalam, Bd Prince My. Assalam, 0542131212 Dr. S. Gorgor et Chirurgie App. N°4, 1er Etage, Dr Prince My. Assalam, Bd Prince My. Assalam, 0542131212

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

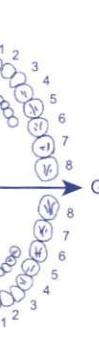
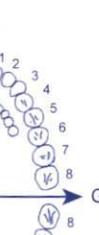
## AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												

DOCTEUR AITMBAREK BOUHCINE

MARRAKECH : 25/06/2020

SPECIALISTE

MALADIES DU NEZ-GORDES –OREILLES (ORL)

Chirurgie maxillo-FACIALE.

N° INP : 071083281

## Note d'honoraires

**NOM ET PRENOM:** *moujjane el houssaine*

*Consultation ORL + MICROASPIRATION K10*

**TOTAL** = **300.00dh**

APP N°4 1erETAGE .D1 RESIDENCE BAB DOUKKALA (derriere aswak a ssalam).Bd prince my abdellah marrakech.tel: 0524422131

*Docteur AIT MBAREK BOUHCINE  
SPECIALISTE  
Nez - Gorge - Oreilles (ORL)  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
App. N°4 1er Etage D1 Residence Bab Doukkala  
(Derrière Aswak Assalam) Bd Prince My Abdellah...  
Marrakech Tel: 05 24 42 21 31*

DOCTEUR AITMBAREK BOUHCINE

MARRAKECH : 25/07/2020

SPECIALISTE

MALADIES DU NEZ-GORGES -OREILLES (ORL)

Chirurgie maxillo-FACIALE.

N° INP : 071083281

## Note d'honoraires

**NOM ET PRENOM:** *moujjane el houssaine*

*Audiometrie k25* = 400.00dh

**TOTAL** = **400.00dh**

APP N°4 1er ETAGE .D1 RESIDENCE BAB DOUKKALA (derrière Aswak a ssalam). Bd prince my abdellah marrakech.tel: 0524422131

Docteur AIT MBAREK BOUHCINE  
Nez Gorge - Oreilles (ORL)  
et Chirurgie Cervico-Faciale  
App. N°4, 1er Etage, D1 résidence Bab Doukkala  
(Derrière Aswak a ssalam) Bd Prince My Abdellah  
Marrakech Tel: 05 24 42 21 31



**RETRAITE**

**MOUJJANE LAHOUSSINE**

**0002146**

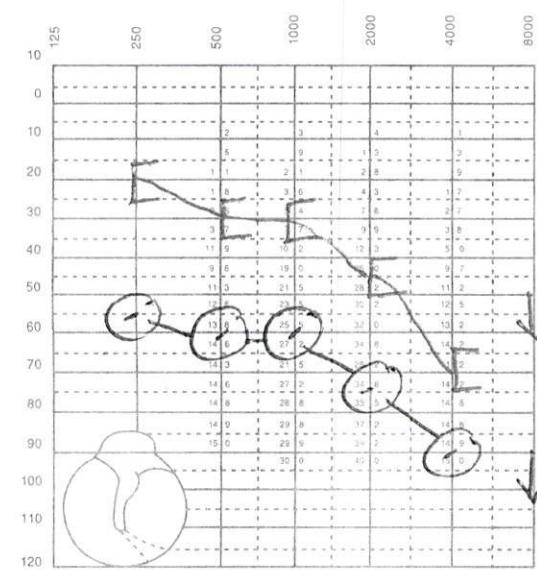


**Conjoint(s):**  
**EL ENMANARI CHARIFA**

Siege Social: Royal Air Maroc, Boulevard Abdellah Benchirf, Aéroport Casa Anfa, Casablanca.  
Affiliation CNSS: 1213727

Cette carte de travail est la propriété de Royal Air Maroc.  
Elle est strictement personnelle et non cessible.  
Toute utilisation abusive est passible de sanctions disciplinaires.





PERTE AUDITIVE  
O.D. O.G.  
Taux

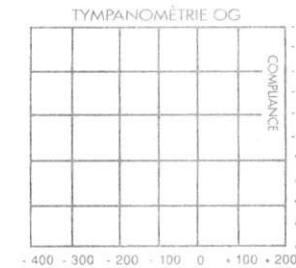
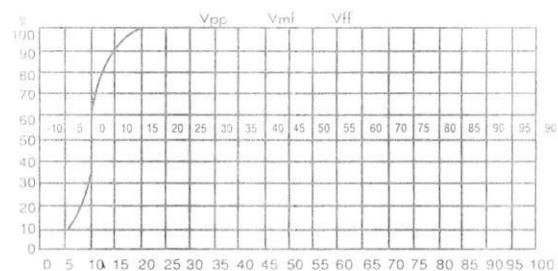
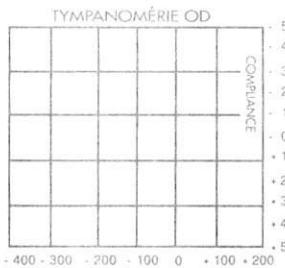
BOX 7 =  
MOX 1 =

Total  
Perte  
Binormale  
en %

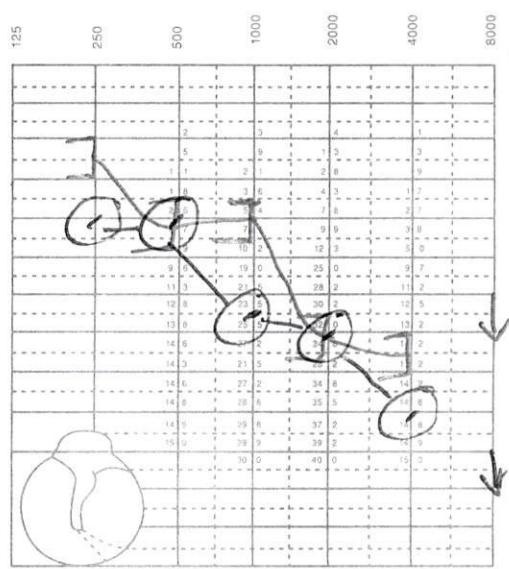
Bing [ ] [ ] [ ]

Bing [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Bing [ ] [ ] [ ]



Ref 110796 G.E.



+ 10  
0  
-10  
-20  
-30  
-40  
-50  
-60  
-70  
-80  
-90  
-100  
-110  
-120



auditec

128      256      512      1024      2048      4096      8192

NOM Leoufjat Prénom Anoukine

Age 80 Profession .....

Adresse .....

Date 25/7/2020

## AUDIOGRAMME

### OBSERVATIONS :

Sp. bilateral.  
specimens

#### Traitement chirurgical

Date \_\_\_\_\_

Côté :

Type de l'intervention :

SCURVING  
SUSPENDED  
THERAPY  
AND  
EXERCISE  
INTERVAL  
TRAINING  
FOR  
ENDURANCE  
AND  
STRENGTH