

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.

N° W19-467698

48580

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2127	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENJAKIK TAYEB
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 62 08 55 24 Total des frais engagés : 500 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	16 OCT 2020
Nom et prénom du malade :	
Benjakk Tayeb	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
Affection	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
16.10.2020 CS + Anesthésie			500 DT	INPI : 071182265  توارق زياد Docteur Tarik ZIADI Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale Ed. Zerktouni Innn. Kouba 18 April 3 G Tel: 098 833 555 / 098 833 555 / 098 833 555
.....
.....

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.																			
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
						CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
	O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	B	00000000	11433553																
G	35533411																		
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

**DOCTEUR
TARIK ZIAD**

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
et chirurgie cervico-faciale

- Diplôme de rééducation vestibulaire
université Paris 6 France
- Diplôme de Rhinologie
université Paris Descartes France



**الدكتور
طارق زياد**

إختصاصي

أمراض و جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
و جراحة العنق و الوجه

- دبلوم علاج الدوخة و اضطراب التوازن
جامعة باريس 6 فرنسا

- دبلوم علاج أمراض الأنف و الجيوب الأنفية
جامعة باريس ديكارت فرنسا

Marrakech le : .../.../... مراكش في :

Nom et Prénom du patient : BENJAKIK TAYEB

Note D'honoraires

Consultation ORL + Audiogramme

PRIX : cinq cents Dirhams /500DHS

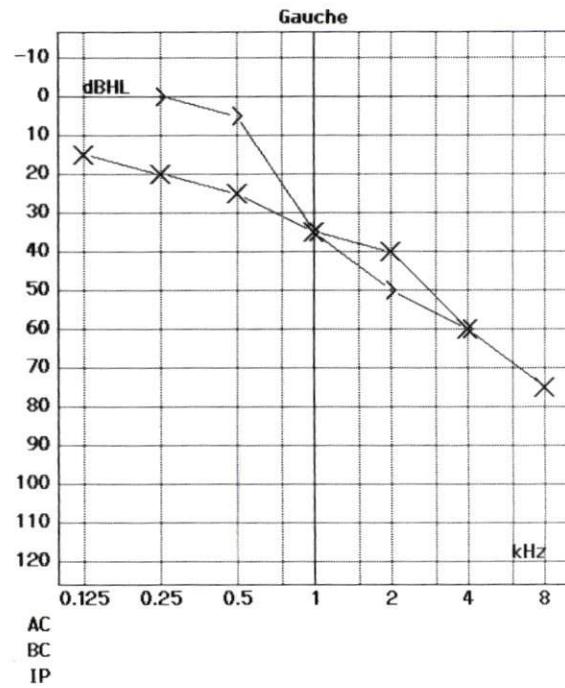
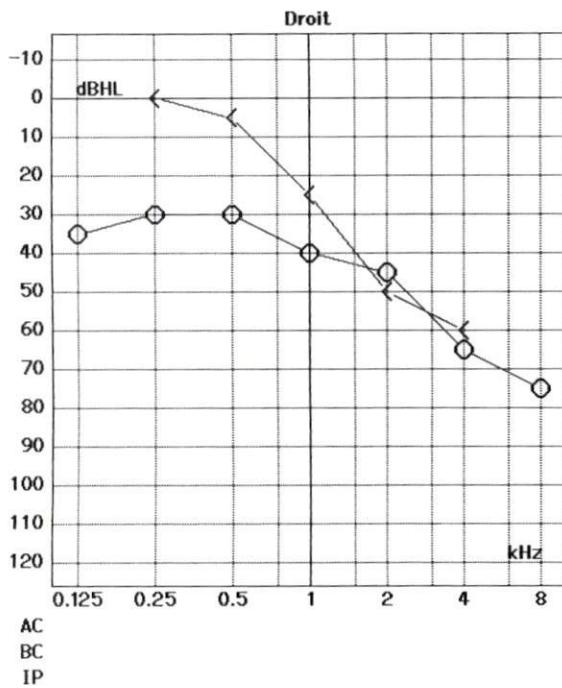
Signature et cachet du médecin

الدكتور طارق زياد
Docteur Tarik ZIAD
Spécialiste en Oto-Rhino-Laryngologie
et Chirurgie Cervico-Faciale
Bd. Zerkouni Immeuble koutoubia Centre 1B Appt. 3 Gueliz
Marrakech - Tel : 05 24 43 02 22/GSM : 06 61 17 08 13



Id : Tayeb
 Prénom : Tayeb
 Nom : Benjarklik

16-10-2020 11:17:24



Fréquence	125	250	500	750	1000	1500	2000	3000	4000	6000	8000
% SISI droit											
% SISI gauche											

Interprétation :

SP Bilatérale am chuté plus marquée

sur les fréquences aiguës.

