

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

Diagnostique 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

- 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 8ème 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° P19- 0040334

NO = 19840

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAHLALI Azzeddine
 Date de naissance : 12-05-1952
 Adresse : 12 Rue MOUASSAP - EDINE Q. HOPITALS CASABLANCA - ANFA
 Tél. : 0623086397 Total des frais engagés : 1154,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : ME LAHLALI Azzeddine Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : aff. o. R. l.
 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 : Casablanca le : 04/07/2020
 Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

RELEVÉ 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
30/01/20	C3		300,-	
30/01/20	1h 50 K25		500,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/02/20	354,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

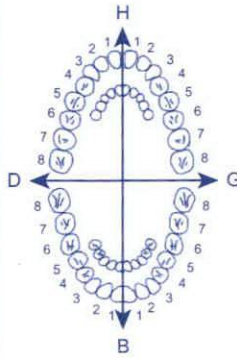
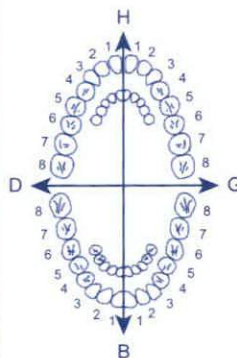
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
04/02/20						

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT 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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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 Abdelilah Mhadi

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

O.R.L et chirurgie maxillo faciale

- Exploration et traitement de :
Surdité, Vertige, Ronflement
- Pathologie de la voix
- Examen et chirurgie endoscopique
du nez et du larynx
- Chirurgie microscopique de l'oreille
- Laser
- Implantation cochléaire

AVICENNE
CLINIQUE
DES SPECIALITÉS
إبن سينا
مصلحة الإختصاصات

الدكتور عبد الله لمهدي

خريج كلية الطب بنانسي

أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة - الوجه والعنق

• تشخيص والعلاج الصم - الدوخة - الشخير

اضطراب الصوت

• الفحص والجراحة بالمنظار داخل الأنف والحنق

• الجراحة المجهرية لأذن

• أشعة الليزر

• زرع الفوقية

Casablanca le 04/02/20

LAHLALI AZZEDINE

7814

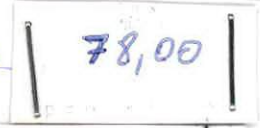
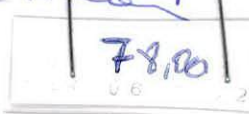
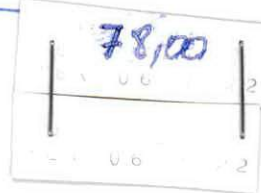
1 BETASER

42.-

21 Prednison

3 c p l j de nuit x 3

354.-



UT. AV:

PRV:

42,00

PHARMACIE DE LA SECURITE
Nadia ELMANARA BACHOUK
Angle Bd. Moulay Driss 1er
et Rue de la Sécurité Sociale
Tél : 0522 86 20 60/61 - Casablanca

زاوية شارع البازور و شارع أطلنتيد - حي بولو - الدار البيضاء

Angle boulevard Nador et Atlantide, Quartier POLO - Casablanca

Tél. : 0522 79 33 00 - 0522 86 20 60/61 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : a.mhadi@clinique-avicenne.ma - Site : www.clinique-avicenne.ma

Docteur Abdelilah Mhadi

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

O.R.L. et chirurgie maxillo faciale

- Exploration et traitement de :
Surdité, Vertige, Ronflement
Pathologie de la voix
- Examen et chirurgie endoscopique
du nez et du Larynx
- Chirurgie microscopique de l'oreille
- Laser
- Implantation cochléaire



الدكتور عبد الله المرهري

خريج كلية الطب بنانسي

أمراض وجراحة الأنف، الأذن، الحنجرة، الوجه والعنق

- تشخيص والعلاج الصم، الدوخة، الشخير
- اضطراب الصوت
- الفحص والجراحة بالمنظار داخل الأنف والطلق
- الجراحة المجهرية للأذن
- أشعة الليزر
- زرع القوقعة

Casablanca le 30/01/2020

M^E LAHLALI Azzedoline

Facture

Acte : Audiogramme.

Cotation : 125

Honoraire : 500,00 DH

Arrêtei ta présente facture à la
somme : cinq cent dirhams.

زاوية شارع الناظور و شارع أطلنتيد - حي بولو - الدار البيضاء

Angle boulevard Nador et Atlantide, Quartier POLO - Casablanca

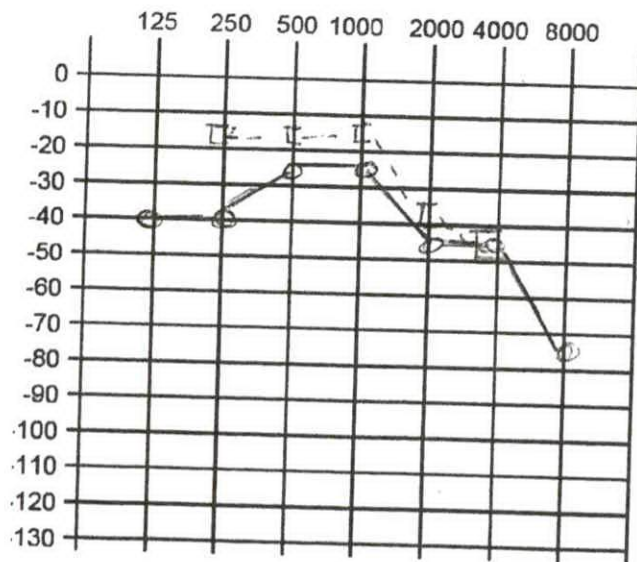
Tél. : 0522 79 33 00 - 0522 86 20 60/61 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : a.mhadi@clinique-avicenne.ma - Site : www.clinique-avicenne.ma

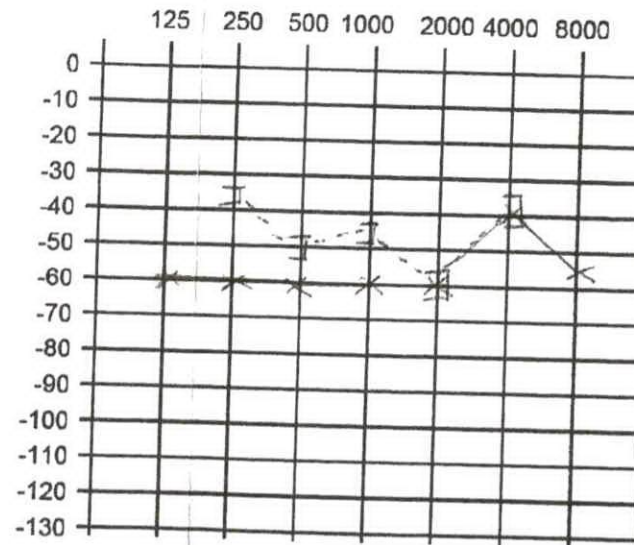
Date: 22/01/2010
Nom: L. A. M. H. A. D. I.
Prénom: A. Z. E. N. A. S.
Age:

Audiogramme

Oreille droite



Oreille gauche



WEBER

250 hz	500 hz	1000 hz	2000 hz	4000 hz

O Dte OG

CA		x
CO		