

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 canaux, 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 canaux.

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 - 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° P19- 0011482

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6408 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LOUHRI Date de naissance : 13.03.63
Adresse : 16 Rue AHANIR AL KARIR CASAB
Tél. 06 557 22 315 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Mohamed AMARA
Spécialiste O.R.L.
Résidence Zerkouni 1er Etage
Tél. : 05 36 68 60 60 - OJJD

Date de consultation : 03/03/20
Nom et prénom du malade : LOUHRI Mohammed Age : 57
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Dysphonie

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.

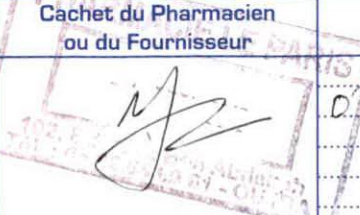
Fait à : Le :
Signature de l'adhérent(e) :



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
03/01/2020	CS-P.K.W		600,00	Dr Mohamed AMAR Spécialiste O.R.L. Résidence Zerkouni 1 ^{er} Etage Tél. : 05 36 68 60 60 - OUJDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/01/20	218,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

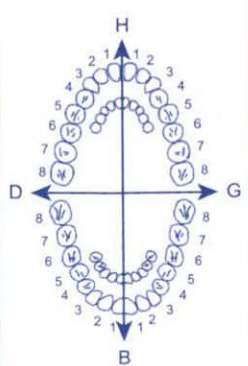
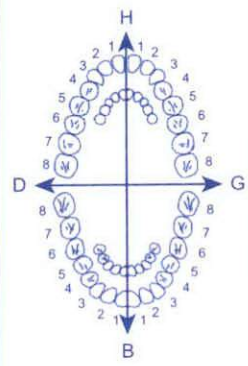
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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'OD

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 Mohamed AMARA

Ancien Attaché à la Clinique ORL du
CHU de Tours

OTORHINOLARYNGOLOGIE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de
Médecine de Tours

Maladies et Chirurgies :

Oreilles - Nez - Gorge - Cou

SURDITE - Chirurgie Plastique de la face

MEDECIN EXPERT

auprès des Tribunaux d'Oujda

Consultation sur rendez-vous



الدكتور محمد اعمارة

طبيب اختصاصي

خريج كلية الطب بتور فرنسا

أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنك والعنق

جراحة الوجه - أمراض السمع

طبيب خبير محلف

لدى المحاكم بوجدة

عيادة بالميعاد

Oujda, le 3-1-2020

42,00

10,60

36,40

11 Kopred 2mg 29 cc Mater + 6
excephorelement 4 soir 1 qd.

99,00

4 Adav 1/2 sachet 1-1-1-1-1

10,60

31 Dobosley 1000 1 m fin

30,00

41 Nodal 400 1 m fin

42,00

oniz

218,00

PPV
LOT
PER

30,00

Dr Mohamed AMARA
Spécialiste O.R.L.
Résidence Zerkouni 1er Etage
Tél. : 05 36 68 60 60 - 05 36 68 83 33

LOT : 3628
UT.AV : 08-22
PPV : 36DH40

LOT : 5554
PER : 09-21
P.P.V : 99DH00

Docteur Mohamed AMARA

Ancien Attaché à la Clinique ORL du
CHU de Tours

OTORHINOLARYNGOLOGIE

Spécialiste Diplômé de la Faculté de
Médecine de Tours

Maladies et Chirurgies :

Oreilles - Nez - Gorge - Cou

SURDITE - Chirurgie Plastique de la face

MEDECIN EXPERT

auprès des Tribunaux d'Oujda

Consultation sur rendez-vous



الدكتور محمد اعمارة

طبيب اختصاصي

خريج كلية الطب بتور فرنسا

أمراض وجراحة الأنف والأذن والحنك والعنق

جراحة الوجه - أمراض السمع

طبيب خبير محلف

لدى المحاكم بوجدة

عيادة بالميعاد

وجدة في 03 01 2020
Oujda, le

Facture

Je soussigné vous expose 7¹ Pouhibi

Mohamed dans CS ORL + nasofibroscope

CS ORL - 200 DH

Nasofibroscope 400 DH

payé en espèce 600 DH (Six cent DH Pour)

Dr Mohamed AMARA
Spécialiste O.R.L.
Résidence Zerktoni 1er Etage
Tél : 05 36 68 60 60 OUJDA