

# 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

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.

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1010** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **HAMMI Abdellah Principe "M" Espouse M. K.**

Date de naissance : **1937**

Adresse : **Quartier Nouvel Rueil Rue 48 N° G**

Tél. : **064.611.2562** Total des frais engagés : **900.000** Dhs

Autorisation CNPD N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **13/01/2021**

Nom et prénom du malade : **Miftah Malika** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Surdité**

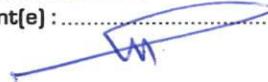
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **CDSD 19.2.21** 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
JAN. 2021	C3		300,00	
	Audiogramme		600,00	Dr Mostafa B Otolaryngologist 120 Bd Moulay Idriss 1er

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Mostafa DETSOULI**

Professeur d'oto-rhino-laryngologie  
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.  
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي

أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le ..... 13 JAN. 2021 ..... الدار البيضاء، في

**FACTURE :**

Nom-Prénom : MIFTAH MALIKA

Examen : CONSULTATION+ AUDIOGRAMME

Montant : 300,00 DH + 600,00 DH

TOTAL : 900,00 DH

Pr .M. DETSOULI

Pr Mostafa DETSOULI  
Otorhinolaryngologiste  
120, Bd Moulay Idriss 1<sup>er</sup>, 4<sup>ème</sup> étage - 20 000 Casablanca  
~~120, Bd Moulay Idriss 1<sup>er</sup>, 4<sup>ème</sup> étage - 20 000 Casablanca - Tél. 0522 86 21 21~~

MIFTAHI MALIKA

Femme

Âge: 90

Date de Naissance: 01/01/1931

Date du Rapport: 13/01/2021

Testeur:

OTOSuite®

Docteur Mostapha DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie

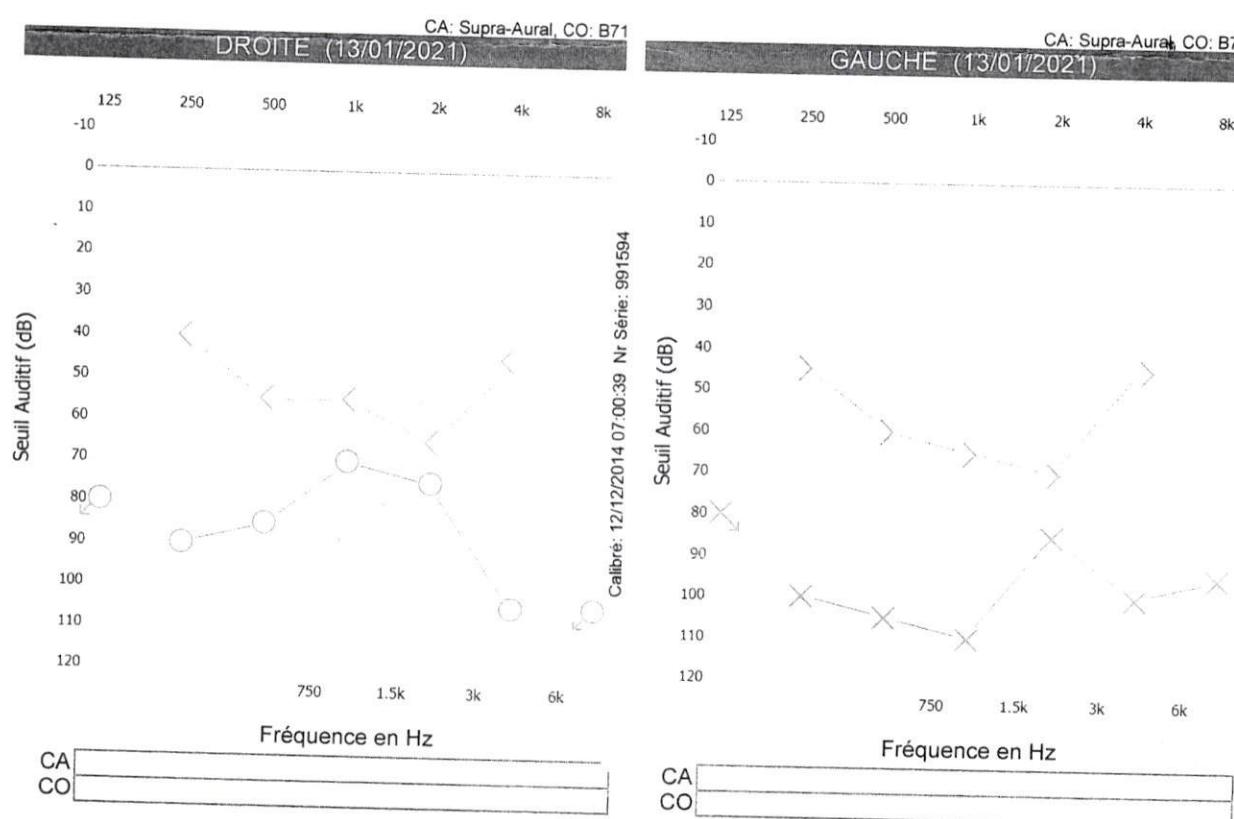
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.

Diplômé de Cancérologie O.R.L.



Commentaires du rapport:



Multi Weber

250	500	750	1k	1,5k	2k	3k	4k
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

PTA (dB HL) / IA (%)

	CA	CO	IA
D	76	58	
G	100	65	

Légende

G	D	Masqué
S	CA	—
S	CO	—
M	CL	—
U	MCL	—
U	UCL	—
NR	NR	—
PTA	CA: 500, 1k, 2k	
	CO: 500, 1k, 2k	
Méthode		
Aud :		

Signé par:

Docteur Mostapha DETSOULI  
Otorhinolaryngologue  
120, Bd. Moulay Hassan  
Casablanca - Maroc - 2021