

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.



Declaration de Maladie

N° W19-573514

664108

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11433 Société : L. A. Y

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AL MASMOUDI Mariem

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 47 54 30 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/11/2021

Nom et prénom du malade : AL MASMOUDI Mariem Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CRL

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 25 / 11 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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
18/11/2021	CS + K10	—	400 DH	INP : 8070086514
18/11/2021	K10	—	500 DH	
	MAS + Broscope	—		

[illegible][illegible]

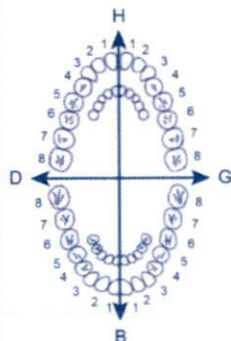
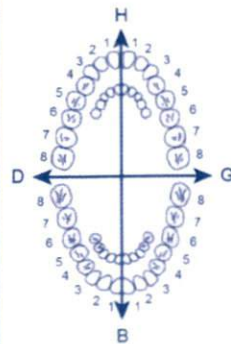
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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

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

INP : | | | | |

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Maladie et chirurgie

Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou

Endoscopie ORL

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V.

Ancien Médecin Hôp. 20 Août

Note D'honoraires

Casablanca le : 18/01/2021

Mme / Mlle / Mr / Enf : AL HASMOUNI Mariema

Honoraire de :

- Consultation : 300 DH
- Audiometrie :
- Impedancemetrie :
- Nasofibroscopie : 500 DH
- Lavage des oreilles : 100 DH
- Aerosolotherapie :
- Endoscopie :
- Cauterisation :
- Micro aspiration :
- Autres :

TOTAL : Neuf cent DTSY

SIGNATURE : 

11, Bd. Zerkouni - Résidence Tarfaya - Casablanca
Tél : 05 22 29 79 37 / 05 22 29 79 39

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste

Maladie et Chirurgie
Nez-Gorge-Oreille-Face-Cou
Endoscopie ORL

Ancien Médecin Hôp. Militaire Med. V
Ancien Médecin Hôp. 20 Août

11, Bd Zerkouni - Rés. TARFAYA CASABLANCA
Tél: 0522 29 79 39
Tél: 0522 29 79 37

Casablanca : LE 18/01/2021

COMPTE RENDU DE NASOFIBROSCOPIE

PATIENT : MME ALMASMOUDI MARIEMA
SIGNES FONCTIONNELS: SUIVI DE CARCINOME THYROIDIEN
PASSAGE PAR LES FOSSES NASALES ASSEZ AISE A GAUCHE

**FN ET RHNOPHARYNX : DEVIATION DE CLOISON A DROITE AVEC
HYPERTROPHIE DES CORNETS INFERIEURS**

CAVUM : RAS
PHARYNX : RAS

LARYNX : EPIGLOTTE ; LIBRE
CORDES VOCALES ; MOBILE
ARYTHENOIDES ; MOBILES
SINUS PIRIFORMES ; LIBRES

CONCLUSION : NASOFIBROSCOPIE SUBNORMALE SANS LESION VISIBLE CE
JOUR

Docteur Kamal GUESSOUS

Spécialiste
Maladie et Chirurgie : Nez - Gorge - Oreille - Face
Ancien Médecin Hôp. Militaire Med V
Ancien Médecin Hôp. 20 Août
11, Bd. Zerkouni Résidence Tarfaya - Casablanca
Tél : 0522 29 79 37 / 0522 29 79 39