

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

Nº M21- 055768

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9067 Société : ...

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : MASMONDI Autre : ...

Date de naissance : ...

Adresse : ...

Tél. : ... Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ...

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ...

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-055768

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNIDP N° : AA-215 / 2019

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-463903

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3667

Société :

R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MASMOUDI YASMINE

Date de naissance :

10/01/68

Adresse :

ANG SKY CASA ANFA - RS next house

VILLE : APT 3N H

Tél. : 0667441250

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur HAMID LOUNIS

ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

19, Av. Hassan II - 5e étage

Tél. : 0522.22.66.11 - CASABLANCA

Date de consultation :

21 MAI 2021

Nom et prénom du malade :

MASMOUDI YASMINE

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection ORL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

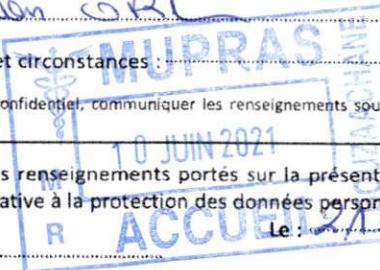
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-463903

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
1. MAI 2021	V		100.00 + 10.00 = 110.00	INP : <input type="checkbox"/> Docteur HAMID LOUNIS CHIRURGIE CERTIFIÉE FACIALE Tél. : 0522.22.66.11 Av. Hassan II - 50 ème

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 1 AV NICE RESIDENCE 20 MARS Bourgoin Jallieu Tél. 05 22 92 20 20 Aboitiz Castellane	10/05/2021 10/05/2021	118,50 53,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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"/>															
				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																		
	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td> </td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td> </td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td> </td><td>11433553</td></tr> </table> G B			25533412		21433552	00000000		00000000	<hr/>			00000000		00000000	35533411		11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412		21433552																	
00000000		00000000																	
<hr/>																			
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Docteur Hamid LOUNIS

Oto-Rhino-Laryngologie O.R.L et Chirurgie Cervico-Faciale
Spécialiste des Maladies
Nez-Gorge-Oreilles

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
Fax : 0522 22 71 24

الدكتور لونيسي حميد

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأنفين - الحنجرة

خريج كلية الطب بتولوز بفرنسا

مساعد سابق بمستشفيات باريس
ملحق سابق بمستشفيات باريس

19، شارع الحسن الثاني (آمام مكتبة المدارس)
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 29 60 53 / 0522 22 66 11
fax: 0522 22 71 24

21 MAI 2021

Casablanca, le

Nom / Prénom :

MASNOUD YOUSSEF

COMPTE RENDU

Consultation ORL

- K30 : Nasofibroscopie
- K20 : Audiogramme
- K10 : Impédance métrie
- K10 : Lavage d'oreille

Autre :

Conclusion :

contusion nasale AL
Tapon nasale (mucose)

Forfait : 1000 Dhs

Docfeur HAMID LOUNIS
ORL ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE
19, Av. Hassan II - Sebou
Tél. : 0522.22.66.11 - Casablanca

53,20

PPV (DH): LOT N°: UT AV:
 PPV : 84,000 H UT AV: 06/2023
 LOT : 200909

مرهم
أش. أو. سي

LOT:

PER:

PPV:

اختصار



جامعة فاس

Ancien Attaché des Hôpitaux
Ancien Assistant des Hôpitaux de Paris

19, Av. Hassan II (Face librairie des Ecoles)
Casablanca - Tél : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
Fax : 0522 22 71 24

شارع الحسن الثاني (أمام مكتبة المدارس)
الدار البيضاء - الهاتف : 0522 22 66 11 / 0522 29 60 53
فاكس: 0522 22 71 24

24,40

بمستشفيات باريس

Casablanca, le 21 MAI 2021

53,20

S.V

RASROU Dj Yasmine

PHARMACIE ISMAILIA
Rue Abou Al Wakt
Bourgogne - Casablanca
Tél : 022.35.97.44

Exacyl 500

84,10 Af 24

Pudoree

S.V

10,10 3 fl 3 "

Pomade 115C

84,00 Af 24

Alu 2 1912 LC 118,50

PHARMACIE NICE
1 AV Nice Résidence Bouarfaa
RD MG N°3 Bourgogne Casablanca
Tél : 05 22 94 93 39

~~Docteur HAMO LOUNIS
OR ET CHIRURGE CERVICO-FACIALE
19 AV Hassan II, 5^e étage
Tél. : 0522.22.66.11 CASABLANCA~~