

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.

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 - 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- 058183

ND: 78813

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 941 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ait Touloud Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 14 17 60 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/06/21

Nom et prénom du malade : Ait Touloud Ahmed Age: 78

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) :

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
03/06/22			2022 40000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

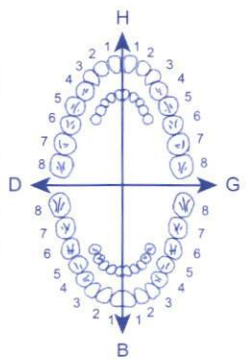
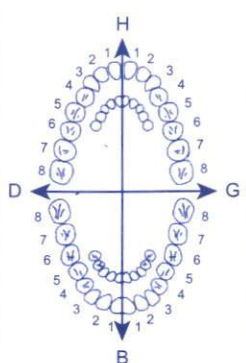
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr LAHLOUL LAHRICHI Rajae

Spécialiste Diplômée de la Faculté

de médecine de Bordeaux

Maladies et Chirurgie Nez - Oreille - Gorge

Chirurgie de la Face et du Cou

Ex-Médecin Chef de Service d' O.R.L.

à l'Hôpital Mohamed V - Casablanca



الدكتورة لحلو الحريشي رجا

حاصلة على شهادة الاختصاص

عن كلية الطب بوردو

أمراض وجراحة الأنف - الأذن - الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

رئيسة سابقا لمصلحة أمراض الأنف - الأذن - الحنجرة

بمستشفى محمد الخامس - الدار البيضاء

Casablanca ,le :

07/06/21

Art Harous Ahmed

DESV

Consultat. All 2=2000

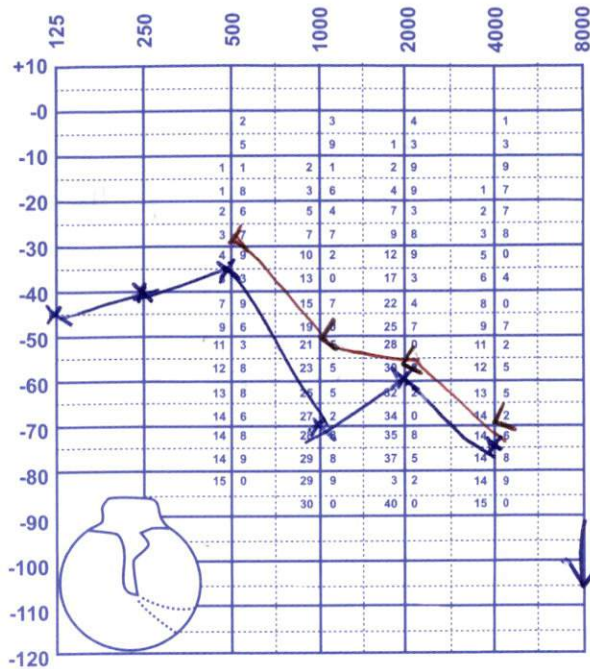
AUDIOGRAMS=4000

total 6000



زاوية شارع الحزام الكبير (فوق التجاري وفابنك) - الحي المحمدي - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 60 18 94

Angle Bd La Grande Ceinture (au dessus de Attijariwafa Bank) - Hay Mohammedi - Casablanca - Tél : 05 22 60 18 94



PERTE AUDITIVE

	O.D.	O.G.
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

BO X 7 =
MO X 7 =

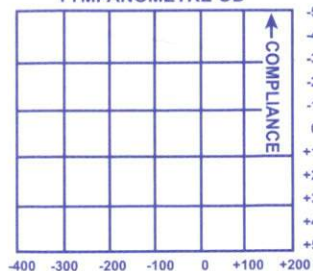
Total
Perte
Binaurale
en %

8

Bing

--	--	--

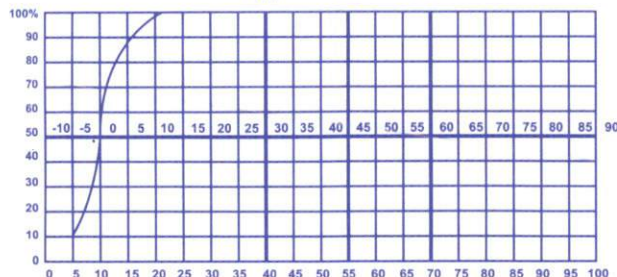
TYMPANOMETRE OD



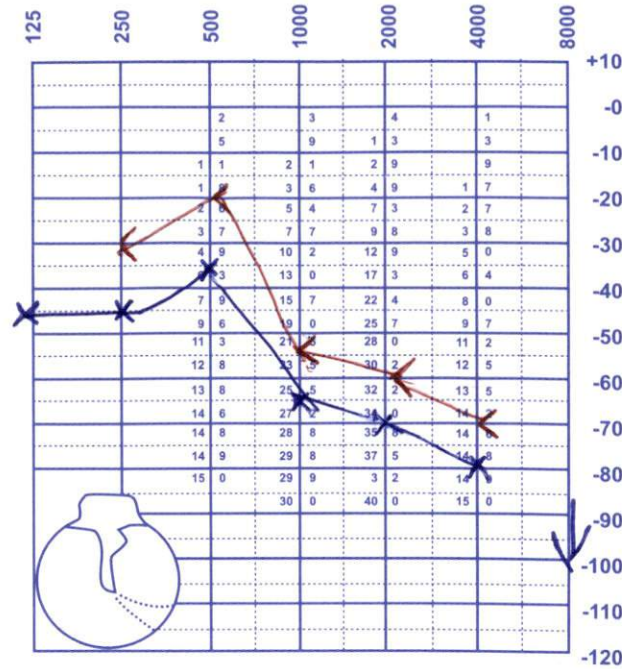
Bing

250	500	1000	2000	4000

Vpp Vmf Vff



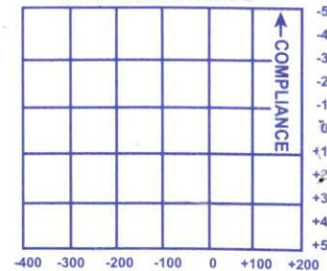
I.C.A. = + + = $\frac{3}{3}$ =



Bing

--	--	--

TYMPANOMETRE OG



128 256 512 1024 2048 4096 8192

Nom

Prénom

Age

Profession

Adresse

Date

AUDIOGRAMME

OBSERVATIONS

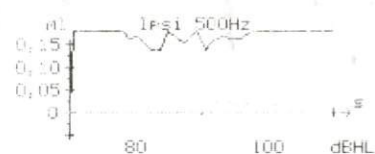
Traitement chirurgical

Date :

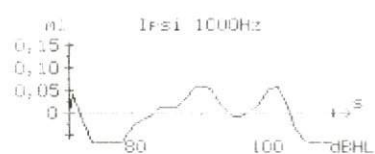
Côté

Type de l'intervention :

Sequence



Sequence



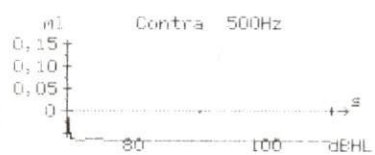
Sequence



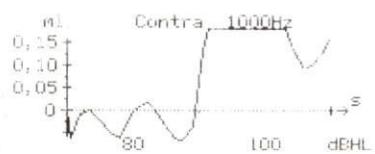
Sequence



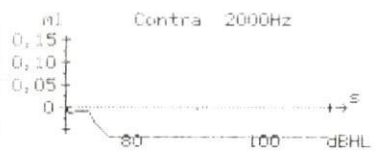
Sequence



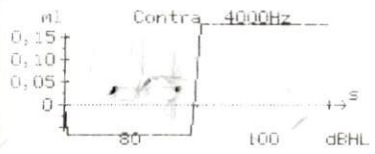
Sequence



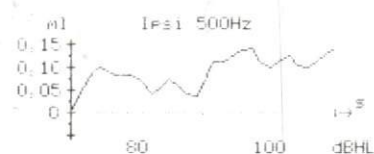
Sequence



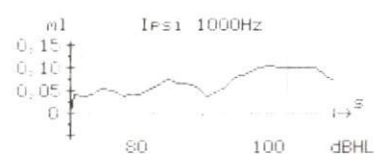
Sequence



Sequence



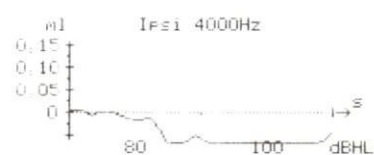
Sequence



Sequence



Sequence



AT235

Subject Data Printout

Id No:

Date:

Sex:

Age:

Name:

Address:

City:

State:

Country:

Phone:

E-mail:

Examiner:

Remarks:

Reflex

Right

Left

DR. LAM OU LAH RICH RAJAA
O.R.L.
Bd Grande Centre H.M.
Casablanca - Tel.: 0522 60 18 94