

# 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.

## Diagnostic 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° M21- 064915

ND: 09536

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8350

Société : RAOI

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHIZZOU LAHCEN

Date de naissance : 1960-1-1

Adresse : SIDI MANARA NF. N° 98 - S.A.S.

Tél. : 0664062290

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/10/2021

Nom et prénom du malade : LAHCEN KHIZZOU

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 :

Le : 16/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. ALLOUANE Mohamed Amin  
Spécialiste en ORL et Chirurgie  
Cervico-Faciale  
Angle Bd. Al Ouds El Dja  
An Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 20 04 40/06 10 88 02 11

AS  
2021  
M L  
R  
ACCEIL  
Z SAH



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 13-10-21        | C2                |                       | 3000H                           |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                           | Date     | Montant de la Facture |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
|  | 13/10/21 | 127,10                |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |
|                                                                                  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

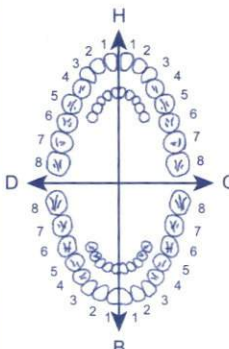
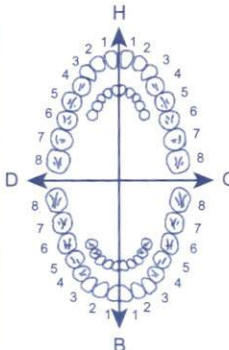
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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

| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                     | MONTANTS DES SOINS      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     | DATE DU DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  | DATE DE L'EXECUTION |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |                     |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr ALLOUANE Mohamed Amine

O.R.L et chirurgie cervico-faciale

Traitement de la surdité

Chirurgie de la thyroïde

Traitement du vertige

Prise en charge du ronflement

Rhinite Allergique

Chirurgie endoscopique

Ancien médecin à l'hôpital

20 Aout Casablanca



Implant cochléaire

زراعة القوقعة

الدكتور علوان محمد أمين

جراحة الأنف والأذن والحنجرة

علاج الصمم

جراحة الغدة الدرقية (الكواطر)

علاج الدوخة

علاج الشخير

الحساسية

الجراحة بالمنظار

طبيب سابق بمستشفى

20 غشت الدار البيضاء

Casablanca le : .....:الدار البيضاء، في: 13 Octobre 2021

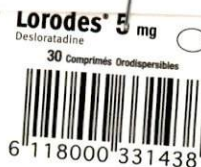
Mr KHIZZOU LAHCEN

48,50  
COTIPRED 20 MG

3 cp le matin pendant 5 jours

78,60  
LORODES

1 cp le soir pendant 1 mois



5/127,10  
PHARMACIE DAOUSSE  
Dott. Dr. ALLOUANE Mohamed Amine  
20, J. L. Oulmane Sidi Maarouf  
Casablanca - Tel: 0522 50 40 40

Dr. ALLOUANE Mohamed Amine  
Spécialiste en O.R.L et Chirurgie  
Cervico-faciale  
Angle Bd. Al Qods et Bd. Haifa  
Ain Chock - Casablanca  
Tel: 05 22 50 04 40 / 06 10 88 02 35

📍 Angle Boulevard Al Qods et bd Haifa, Résidence Ryad Al Qods gh2,  
Ain Chock Casablanca  
☎ 0522.50.04.40 - Urgence: 0610.88.02.35