

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

- 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.

N° W19-586889

par
courrier

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent			
Matricule : 768	Société : RAM	103561	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENCHEKROUN Me			
Date de naissance : 01-01-1945			
Adresse : 106 B ^e ole L'ATLANTIDE POLO CASA			
Tél. : 0661174798	Total des frais engagés : 906 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Docteur ZIZI Abdellah SPECIALISTE O.R.L 93, BD MASSIRA EL KHADRA - MAR TÉL: 022 25.91.89 - 022 23.37.51			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 13-12-2021			
Nom et prénom du malade : Dr. BENCHEKROUN Me Ramel Age :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hypertension			
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

Le : 12/01/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-586889
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 : 768	Nom de l'adhérent(e) : BENCHEKROUN
Total des frais engagés : 906	Date de dépôt : 12-01-22

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
13/11/2018	CD		300,00dt	INP : 0911149018
12/11/2018	+ K25		450,00dt	
20/11/2018	K25		<u>750,00dt</u>	DOCTEUR AIZI : Abdelhak SPECIALISTE U.R.L

Audagramme wortlist

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Docteur en pharmacie 15, Bd. Panthéon 75006 Tél: 0322.52.19.95	13/12/81	156,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

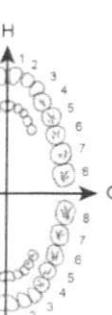
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
25533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

[Création, l'émont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">25533412</td> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%;">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>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> 	25533412	D	21433552	00000000		00000000	<hr/>			00000000		00000000	35533411	B	11433553	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
25533412	D	21433552															
00000000		00000000															
<hr/>																	
00000000		00000000															
35533411	B	11433553															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور زيزى عبد الله
Docteur ZIZI Abdelhak

O.R.L Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'O.R.L

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض وجراحة الأنف - الأذن - والعنق - الصمم والدوخة

Spécialiste dans les Maladies et Chirurgie : NEZ - GORGE - OREILLE - COU - SURDITES - VERTIGES
DIPLOME DE REEDUCATION DU VERTIGE ET DES TROUBLES DE L'EQUILIBRE

Casablanca, le 13.12.8.21 الدار البيضاء، في

Mr BENCIABEKOUN
Mohamed

71,30

1

Tanakan
My

S.V

W

84,70

H

Zenmag.

S.V

Anna

T: 156,00

PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique
Casablanca - Tél. 05 22 23 28 43 - GSM : 05 61 56 67 43



Tél. : 05 22 25 93 89 / 05 22 98 10 30 - Tél./ Fax : 05 22 23 28 43 - E-mail : ziziabdellah@gmail.com

93، شارع المسيرة الخضراء المعاريف إقامة السرور - الدار البيضاء
93, Bd. Massira El Khadra Résidence SOROUR - Maârif - Casablanca

AUDIOGRAMME

Nom : HENCHERKNOU
Prénom : Mohammed
Age : _____
Profession : _____
Adresse : _____

Date : 13/12/2021

Docteur ZIZI Adelhak
~~SPECIALISTE O.R.L.~~
13, RD MANSIRA EL KHOURI - Maârif
761-621-622 - 0662-283971

Observations :

Audiomètre Oreille Droite



Perte Auditive

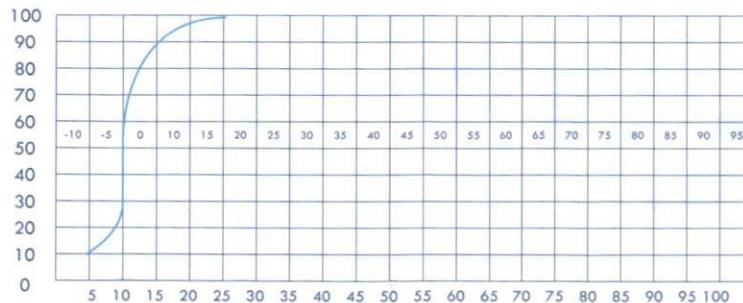
O.D.	O.G.
500	
1000	
2000	
4000	
Totaux	

Total
Perte
Binaurale
en %

Audiomètre Oreille Gauche



Tympanometrie OD



Tympanometrie OG

