

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.

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.

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° W21-631116

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4517

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : YAHIA KHALID

Date de naissance : 28/6/62

Adresse : 2, RUE AIT MELUL, AU ZERHOUNE

Tél. : 0661187536

Total des frais engagés : 699,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Anis BOUAZZAOU

Oto Rhino Laryngologiste

Spécialiste du Vertige

42, Rue Mourabidine, 1er Etage

Appt. N° 4, Hassan - Rabat

Tel: 05 37 20 80 79 - GSM: 06 61 61 41 10

Cachet du médecin



101164432

ICE : 001649000000097

Date de consultation : 09/02/22

Nom et prénom du malade : YAHIA ISMAEL

Age : 21

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Parosmie

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 : RABAT

Le : 5/02/22

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-631116

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
09/02/2022	CS		300,00	INP : [Barcode]

Docteur Anis BOUAZZOU
 Oto Rhino Laryngologiste
 Spécialiste du Vertige
 12 Rue Mohammed VI, 1er Etage
 Appt. N° 4, Hassan - Rabat
 Tél : 06 37 20 60 70 GSM : 06 61 51 41 10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires
[Signature]	10/02/22	399,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>																		
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>																	
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>																	
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>																	

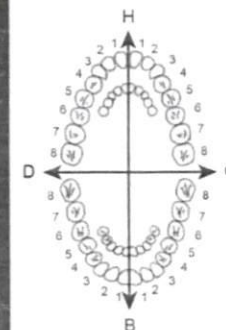
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur Anis BOUAZZAOUI

Oto Rhino Laryngologiste

Chirurgie de l'Oreille, du Nez, de la Face et du Cou

Spécialisé dans le Vertige

Ancien Interne du Centre Hospitalier Universitaire de Rabat

Ancien F.F. interne des Hôpitaux de Paris

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplômé de l'Université de Paris en

Rhinologie, Pathologie Buccale et en Vertige



الدكتور أنيس البوعزاوي

طبيب اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة

جراحة الأذن، الأنف، الوجه والعنق

متخصص في علاج الدوخة

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي الجامعي

ابن سينا بالرباط

طبيب سابق بمرتبة داخلية بمستشفيات باريس

خريج كلية الطب بالرباط

خريج جامعة باريس في أمراض الأنف والفم والدوخة

Rabat, le 10 février 2022

ORDONNANCE

Mr. YAHIA Ismail

nasonex

02 pulvérisations dans chaque narine, menton penché sur le torse, matin et soir, pendant 02 mois

Docteur Anis BOUAZZAOUI
Oto Rhino Laryngologiste
Spécialiste du Vertige
42, Rue Mourabidine, 1er Etage
Appt. N° 4, Hassan - Rabat
Tél.: 05 37 20 60 79-GSM: 06 61 61 41 10

Pharmacie Benjeloun
Dr. BENJELLOUN SONIA
3, Av. Zerhoun Souissi-Rabat
Tél.: 05 37 63 68 64
INPE: 102015153

42, Rue Mourabidine, 1^{er} étage, appt n°4, Quartier Hassan, Rabat 10020
(face aux Centre Chèques Postaux; au dessus du Super Marché Label'Ve Hassan)
Fixe : 05 37 20 60 79 - Portable : 06 61 61 41 10 - E-mail : drbouazzaouianis@gmail.com
ICE 00164900000097 - INPE 101164432 - IF 14494556