

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° W21-720522

(265438)



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8732

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUDHMI RI MOULAY IDRIS

Date de naissance : 15/07/1967

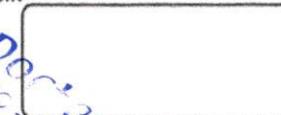
Adresse : 57 Rue 35 Lot Al Aïmoun CASA

Télé : 06 613 12755

Total des frais engagés : 253,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : AYAD BEN YOUSSEF Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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 : CASA

Le : 29/06/22

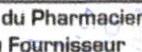
Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVE 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 |
| 25-6-2002 | Op | facture | INP | <i>Signature</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  BENJAMIN HABIB BP : 0522122 E : 0025421321 | 28/06/2022 | 259,60 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|-----------------------------------------------------|------|-----------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

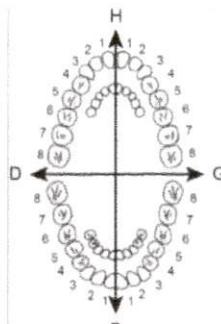
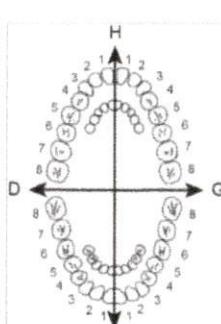
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | |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

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 canalaire, 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 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | D 00000000 35533411 | B 00000000 11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |

Docteur K.G. SNOUSSI

Oto-Rhino-Laryngologie

Chirurgie de l'Oreille

IMPLANTATION COCHLEAIRE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Ex Professeur associé UM6SS

Ancien chef de service ORL hôpital cheikh khalifa



الدكتور خالد غنزي سنوسي

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن، الأنف و الحلق

جراحة الصمم

زرع قوقعة الأذن

(خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا))

رئيس قسم سابق بمستشفى الشيخ خليفة

دكتور خالد غنزي سنوسي

LOT: GA10495

PER: 09/2023

PPV: 75 DH 00

28/06/2022

Monsieur OUDGHIRI Moulay Idriss

LOT: GA10495

PER: 09/2023

PPV: 75 DH 00

1) NAZAIR



2 pulverisations nasale le matin 1 mois

2) OROPROPOLIS



Fropolis

4 à 5 pulvérisations par jour dans la gorge 6 jours

3) DOLIGRIPPE



1 sachet matin et soir pendant 5 jours

Lot n°:
A consommer de
préférence avant le:
PPC : 89,50

PPV:20DH 00
PER:03/23
LOT:L977

Docteur K.SNOUSSI
OTO - RHINO - LARYNGOLOGISTE
Chirurgie De L'oreille
47, Avenue Hassan II Casablanca
Tel: 05 22 27 80 78 - 0522.26.94.67