

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>13131</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :		<u>Sa Sabine EZZENPARI</u>	
Nom & Prénom : <u>Sa Sabine EZZENPARI</u>		Date de naissance : <u>03 Juillet 1982</u>	
Adresse : <u>06-66-17-87-50</u>			
Tél. : <u>06-66-17-87-50</u>		Total des frais engagés : <u>20000</u> Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : <u>Dr Nadia MIAHAD ORL et chirurgie cervico faciale de la Résistance AYADA N°512 1er Appt N°2 Mohammedia 0661 449 557</u>			
Date de consultation : <u>12/08/2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>AINI Mohamed Lyaqat</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Angiopathie Atherosclérale + RH</u>			
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 : 12/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : SA SABINE EZZENPARI

SA SABINE EZZENPARI

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/03/2011	CS	1	250	INP : <input type="text"/> Dr Naâdi M. N. 512 Chirurgie dentaire de la Résistance Al Wahda Media El App N°2 Nohan media 557 0523 302 059 / 0661 744 557
				INPE 091261818

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉRENT

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.

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"/>																		
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000							B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552																				
D	00000000	00000000																				
B	35533411	11433553																				
G																						
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Nadia M'JAHAD

Spécialiste en ORL

et chirurgie cervico-faciale

Diplôme en Vertiges et rééducation
vestibulaire, Paris-France

• Pathologie ORL et chirurgie cervico-faciale

• Explorations endoscopiques,
audiologiques, vestibulaire

• Ronflement, céphalées, Allergie ORL.



Enfants et Adultes

الكبار و الصغار

د. نادية امجاہد

الخصائية في طب الأنف والأذن

والحنجرة، جراحة الوجه والعنق

حاصلة على دبلوم الدوخة وترويض

الدوار بباريس فرنسا

• امراض و جراحة الأنف و الأذن

و الحنجرة و جراحة الرأس و العنق

• الفحوصات بالمنظار، قياس السمع

• الدوخة، الشخير، الصداع و الحساسية

Ordonnance

Mohammedia Le : 12/08/2018 المحمدية في :

Nom et Prénom : AINI Mohamed Liyam

~~- Eff pearl sinrop~~

3 ccl / 5 ~~par la Pres. l'antib.
R. M. S.~~

~~- 2ansky l SP
2 cns l~~ ~~la dor.
R. 1 = 40 g~~

~~- Sem Sal 0,9% + Dr. S. 10g
1 w/wage~~ ~~Signature
Dr. Nadia M'JAHAD
ORL et chirurgie cervico faciale
Bd de la Resistance El Wahda N°5
El Apat N°2 Mohammedia~~

Appartement N°2, Premier Etage, Résidence Jamila N°512
Lotissement El Wahda Boulevard de la Résistance Mohammedia

05 23 30 20 59 06 61 44 95 57 dr.mjahad.nadia@gmail.com 09 126 1818