

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	5131	Société :	Ram
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		LAROUI Npresso	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		0661219473	Total des frais engagés : 400 + 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Cachet du médecin :	Dr Nadia AMAROUCH Spécialiste O.R.L. Chirurgie Cervico-Faciale 26, Rue des Tabors - Oasis CASABLANCA Tél. 05 22 98 23 27 - 01
	Date de consultation :	10/10/2022
	Nom et prénom du malade :	lafoui houleddine
	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie :	Affection ALC
	Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
	Pathologie :	
	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 : 05/10/2022

Le : 07/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

INPE 101108504

INPE 101108504

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
27-10-2011		6	400,00	Dr. Nadia AMAR Spécialiste Chirurgie Générale 26, Rue des Tabacs CASABLANCA Tel: 05-22-98-23-27

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE MY YOUSSEF alma CHERH DOLLAZANE Dorcteur en Pharmacie 139, Boulevard My Youssef casablanca - Tél: 05 22 22 27 25</p>	07/10/2021	149,00

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 Nadia AMAROUCH

SPECIALISTE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE CERVICO-FACIAL

DIPLOMÉE EN PHYSIOPATHOLOGIE ET EXPLORATION
DES FONCTIONS NEURO-SENSORIELLES O.R.L

Officier Médecin (ER) des Forces Armées Royales

Ancienne Résidente du Collège de Médecine des Hôpitaux de Paris
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'OTO-NEURO-PHYSIOLOGIE

Sur Rendez - Vous

الدكتورة نادية أماروش

بإختصاصية في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف - الحنجرة - الوجه والعنق

طبية ضابطة (مع) بالقوات المسلحة الملكية

مقيدة سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس

عضوة بالأكademie الدولية لفزيولوجيا الأذن والدماغ والجهاز العصبي

بالموعد

07/10/2022

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Monsieur LAROUI Noureddine

30,00

HOMEOPLASMINE

1/0

**BOTTU SA
PPV: 30 DH 00**

1 Application par jour pendant 1 mois DANS LE NEZ

119,00

PHYSIOMER EUCALYPTUS

1/0

S.P.

149,00

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 1 mois

Dr. Nadia AMAROUCH
Spécialiste O.R.L.
Chirurgie Cervico-Facial
26, Rue des Tabors - Oasis
CASABLANCA
05.22.98.23.27

Cette prescription comporte 2 spécialités



101108504

cabinetorlna@outlook.com

26، زنقة طابور - طريق الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 98 23 27

26, Rue des Tabors - Route de l'Oasis - Oasis - Casablanca - Tél.: 05 22 98 23 27

INPE : 101108504