

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.

Biologie 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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
Prendre en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0038798

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

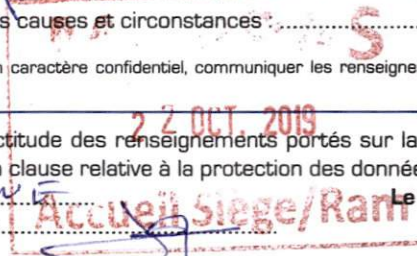
Matricule : 5962 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FAYED ABDELMOULA
Date de naissance : 05/02/1961
Adresse : LAAYOUNE
Tél. : 0666 039595 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 21/09/2019
Nom et prénom du malade : ME ROYBO Abdelmouk Age : 58
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection buccale
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 : LAAYOUNE Le : 22/10/19
Signature de l'adhérent(e) :



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
21/09/2019	OS L	1	200,000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/09/2019	235,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/09/2019	Panor. simple Dentaire	250,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canaux, ainsi que le bilan de

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 border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

عيادة أمراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة

Cabinet d'O.R.L.

Dr. Moutaouakil Khlaifa

SPECIALISTE : OREILLE - NEZ - GORGE
EXPLORATIONS OREILLE - NEZ - GORGE
DES VERTIGES ET SURDITES
PEA - AUDIOMETRIE - TYMPANOMETRIE
Diplômé de la Faculté de
Médecine Toulouse - France

الدكتور المتوكل خلافة

اختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف والحنجرة
الكشف عن الصمم والدوخة
منظار الأنف، الأذن والحنجرة
خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

Laayoune Le : 21/05/2021 العيون في :

Mme. Mlle. Mr. Enf. : FAYBO Abdelmalek

94.80 x 2 = 189.60

41.70 2 J

- Remue

12.80 2 J

235.20 3 J

Pharmacie ENNOUR
Dr. Soumia SOLLAR
262, Bd Hassan
Laayoune Tél: 06 35 90 51 51

LOT: 3MA014
ROVAMYCINE 3MU
CP PEL B10
P.P.V: 94DH40
6 118000 060260

LOT: 3MA014
ROVAMYCINE 3MU
CP PEL B10
P.P.V: 94DH40
6 118000 060260

Lot: 18N073 EXP: 11/21
PPV: 41DH70

عيادة أمراض وجراحة الأذن، الأنف والحنجرة

Cabinet d'O.R.L.

Dr. Moutaouakil Khlafa

SPECIALISTE : OREILLE - NEZ - GORGE
EXPLORATIONS OREILLE - NEZ - GORGE
DES VERTIGES ET SURDITES
PEA - AUDIOMETRIE - TYMPANOMETRIE
Diplômé de la Faculté de
Médecine Toulouse -France

الدكتور المتوكل خلافة



اختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف والحنجرة
الكشف عن الصم والدوخة
منظار الأنف، الأذن والحنجرة
خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

Laayoune Le : 21/09/1019 العيون في :

Mme. Mlle. Mr. Enf. : RAYBO Abdelmalek

De
- 1 r/mus nevent (3 p/sem)
- Palleues denture ?
- P/ure de faw
- P/echu panoramique denture
- P/ure m/er am/les

Dr. EL IDRISSE Abulay Bouhani
Radiologue
INP 031156847
Tél 06.94.82.83.63

The logo for SIRSH, featuring the word "SIRSH" in white capital letters on a dark purple square background.

SCANNER IRM RADIOLOGIE

SAKIA HAMRA

Laayoune, Le: 21/09/2019

ID du patient: 15716

Nom du patient: ABDELMOULA FAYED

Médecin: DR MOUTAOUAKIL KHLAFA

RX PANORAMIQUE DENTAIRE :

- La racine dentaire 37 est en intra canal mandibulaire.
- Perte de la couronne dentaire 27.
- Traitement canalaire et matériel dentaire 17 en place
- Pas de lésion ostéolytique ou ostéocondensante suspecte visualisée.
- Respect des sinus maxillaires.

DR EL IDRISSE

Dr. EL IDRISSE Moutay Madani
Radiologue
NIP 031156847
Tél 06.94.82.83.63

SCANNER IRM RADIOLOGIE SAKIA HAMRA

IRM 1.5 Tesla | Scanner 128 Coupes | Radiologie Conventionnelle et Interventionnelle | Mammographie | Echographie Générale et Doppler | Panoramique Dentaire | Osteodensitometrie

ADRESSE : BD ABOU BAKER ESSEDIK HAY AL MASSIRA CP 70000 . LAAYOUNE

TEL / FAX : 05 28 89 15 00 / Mobile Des Urgences : 06 94 82 83 63

Cnss 5535672 if 24857693 A.e 21891 Tp 77300326 lce 001932876000094 RIB 143430212110012732000802BP



SCANNER IRM RADIOLOGIE SAKIA HAMRA

FACTURE

Patient(e): ABDELMOULA FAYED

Date : 21/09/2019

N° Facture : 4093

EXAMEN	PRIX
PANORAMIQUE	250
Total à payer	250

Imprimé par: TARIQ
BAHRAOUI

Adresse: BD ABOU BAKER ESSEDIK HAY AL-MASSIRA CP 70000 LAAYOUNE

TEL/FAX: 05 28 89 10 00 GSM: 06 94 82 83 83

CNSS: 5535672 IF: 24857693 RC: 21891 TP: 77300326 ICE: 001932876000094

Dr. EL IDRISSI/Moulay Madani
Radiologue
INP 031156847
Tél 06.94.82.83.63