

RÉCOMMANDATIONS 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-470718

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>3423</u>		
Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>EL RHOUSSI MOHAMMED</u>		
Date de naissance : <u>18/03/1960</u>		
Adresse : <u>270 LOT NAWRASS DAR BOUAZZA</u>		
CASA 2020.		
Tél. : <u>0661310516</u>		
Total des frais engagés : <u>670,90DH</u>		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Dr. KADIRI Mohamed EL FATHI <i>Professeur</i> ORL - Chirurgie Maxillo-Faciale Chirurgie Plastique et Reconstructrice de la Face Angle 84, Abdellah Ben Bd. Anouar Rés. Mewlid IV Tél : 05 22 23 30 27 / 05 22 23 62 98 </div>		
Date de consultation : <u>10/10/2019</u>		
Nom et prénom du malade : <u>EL RHOUSSI MOHAMMED</u>		
Age: _____		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>Affection</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'att. médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA - Date : 10/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
10/10/19	Cx + Aspiration avec stécoscopie	1/0	600 DHS	INP : 1111111111111111 Dr. KADIRI M'hamed ORL Chirurgie et Reconstructrice Institut National d'Anoual Rés. 227 / 05 22 23 63 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10.6.2019	270,93

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<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 ROTHESES DENTAIRES	DENTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[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'EXÉCUTION

Professeur

أستاذ

Ancien Chef de Service

رئيس مصلحة سابقا

ORL - Chirurgie Maxillo - Faciale

أمراض الأنف والأذن والحنجرة

Chirurgie Plastique et Reconstructive de la Face

جراحة الفك والجراحة التقويمية للأسنان

Ex. Enseignant à la Faculté

أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا

de Médecine de Casablanca

مدير سابق لدبلوم الشخير

Ancien Directeur du Diplôme

دبلوم من جامعة بوردو

Universitaire du Ronflement

دبلوم من جامعة بوردو

Diplômé de l'Université de Bordeaux

PPV 1160H40 LOT 94073 2
EXP 06/2021

, le : 10/10/19 الدار البيضاء, في

me - Enfant :

EL OVAM®

El Rhouhi Mohamed

1) flokam gel 500
21,80 ~~2 gel x 26~~

T = 240,95

~~10,50/26~~

21,80

LOT : 22.70
PER :
PPV : 1160H40

hydrex 100
2 ptt x 3/10

21,80

MYK 1%

64,50

LOT M19017
EXP JAN 2022
PPV 45,50 DH

taflam 50
1cp x 3

64,50

4) Myk 1%

22.70 3 ptt T lemn 150

5) Bayartan 1000
1000 x 100

Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual, Résidence Mawlid IV Entrée A

3 ème Etage A31 - Casa - Tél.: 05.22.23.30.27 - Tél./Fax : 05.22.23.63.98

Docteur KADIRI Mohamed El FATMI

Professeur

Ancien Chef de Service – ORL – Chirurgie Maxillo-faciale
Chirurgie plastique et Reconstructrice de la face
Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Directeur du Diplôme Universitaire de Ronflement
Diplômé de l'Université de Bordeaux

Casablanca, le: 10 - 10 - 2019

NOTE D'HONORAIRE

Mr. EL RHOULI MOHAMMED

Consultation C3 + Aspiration sous microscope K10

400 DH (quatre cent dirhams).

*Dr. KADIRI Mohamed EL FATMI
Professeur
ORL Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Plastique et Reconstrutive de la Face
Ancien Directeur du Diplôme Universitaire de Ronflement
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual Résidence Mawlid IV
Tél : 05.22.23.30.27 / 05.22.23.63.98*