

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.

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- 0043166/110579

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10579 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KRIME SAMIR

Date de naissance : LE 28.11.1961

Adresse : HAY OMARIA Qui. 40 N° 67 AIN CHAK

CASA

Tél : 06 73 19 07 09 Total des frais engagés : 79030 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/09/2022

Nom et prénom du malade : KANAR MINA Age: 55 ANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : affectation

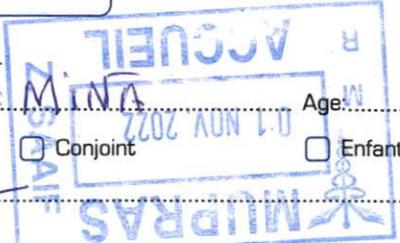
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

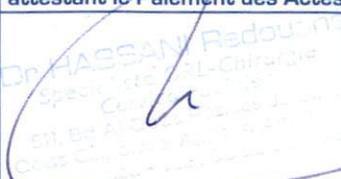
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :/...../.....

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
27	sd		250,14	
29				
22	ver Fiche		32,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/03 de 27/9/22	240,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

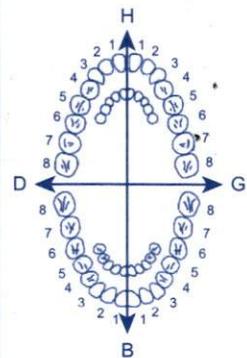
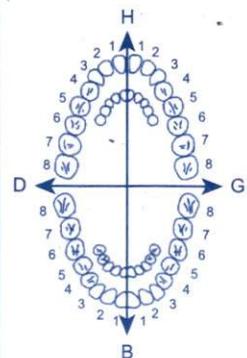
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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 HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie cervico-faciale

Tél: 0522 52 69 78

د. الحسنی رضوان

أخصائي

طب وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه

الهاتف : 0522 52 69 78



Ordonnance Médicale

Casablanca le : 27/09/2022

MME KAMAR MINA

18,40

- Antibio-synalar 2,5 mg / 1 000 000 ui / 350 000 ui
3 goutte, matin, midi, soir, pendant 7 jours

74802 = 74960

• Synta 500 mg '8

1 x 2 fois par jour

270

• Dna Kan 5

1 x 2 fois par 3 mois

240,30

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Qods California, Appt 14, Ain Chock
Casablanca 20150



LOT:0582201
PER:03/2025
PPV:74.80 DH

74.80

7A130



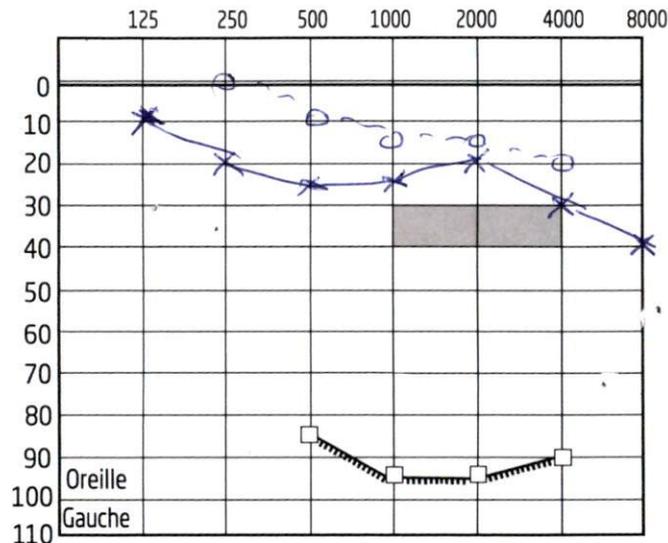
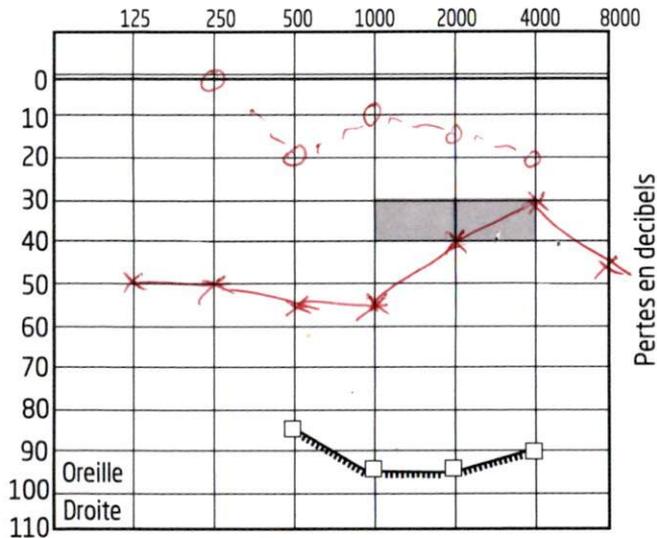
74.80

LOT:05822013
PER:03/2025
PPV:74.80 DH

ANTIBIO SYNALAR

19.40

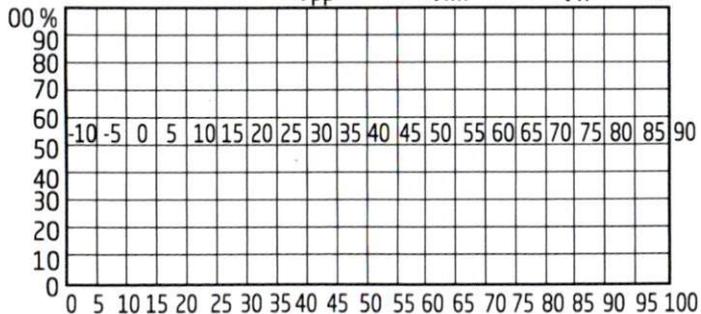




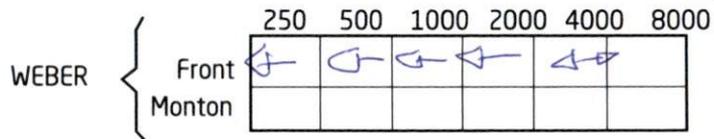
- O.D. : Trait rouge
- O.G. : Trait bleu
- + appareil : pointillé

EPREUVES VOCALES

Vpp Vmf Vff



I.C.A. = + + = $\frac{\quad}{3}$ =



Nom : KATIA R

Prénom : Mina

Age : 45 ans

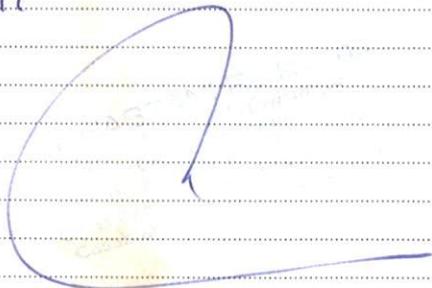
Profession :

Tableau clinique :

Date : 27/09/22

Resultat :

Sensibilité de transmission
→ rate



Cabinet Dr Hassani

Oto-Rhino-Laryngologie

Explorations fonctionnelles : Audiométrie

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie cervico-faciale

Tél: 0522 52 69 78



د. الحسنی رضوان

أخصائي

طب وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه

الهاتف : 0522 52 69 78

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 27/09/2022

Facture

MME KAMAR MINA

Acte	Honoraire
Consultation	250,00 Dh
Audiogramme	300,00 Dh
Total	550,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
550,00 Dirhams

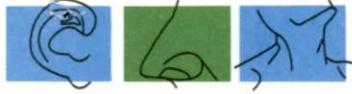
Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico Faciale
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Qods Californie, Appt 14 Ain Chock
Casablanca - Tel : 05 22 52 69 78

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie cervico-faciale

Tél: 0522 52 69 78



د. الحسنی رضوان

أخصائي

طب وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه

الهاتف : 0522 52 69 78

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 27/09/2022

MME KAMAR MINA

Surdité de transmission droite
TDM des rochers



Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL - Chirurgie
Cervico-faciale
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Boulevard Al Qods, Apt 14 Ain Chock
Casablanca - Tél.: 05 22 52 69 78

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشرفة - عين الشق - الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Résidence Al Qods Californie, immeuble 8, N° Appt 14, Ain Chock Casablanca

Tél: 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.orn.hassani@gmail.com