

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W21-769562

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12274 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chebbou Oum Keltoum

Date de naissance : 25/12/78

Adresse : 478, rue des Enabes, C.G.R, ville route, Baahoura.

Tél. : 0662701273 Total des frais engagés : 800 DHS

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef
Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 67
Casablanca

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Chebbou Oum Keltoum Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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'at. 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

Le : 9/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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
31.10.22	G	1	Gratuit	INF: 081042911 Doct. Spécialité Angle Bd. Tel. 0522 20 17 57 Cassel

[illegible]

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

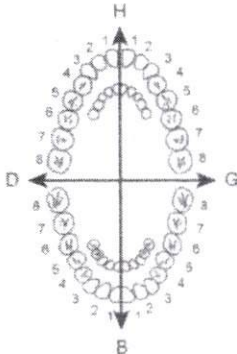
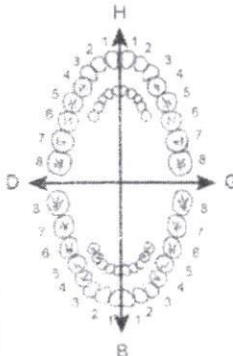
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
<p>CERTIFICAT</p> <p>47, Residence DOIA</p> <p>Yafa of Bd. My Yomse</p> <p>CASABLANCA</p>	08/11/20		K 20		800 DH

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 d'occlusion.

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"/>										
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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	B													
	<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> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
	35533411	11433553												
B														
[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 L'EXE

الدكتور محمد خرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Que

beaucoup de belles

31/10/2012

Docteur pour pleie

CREFON MAROC
47, Résidence ROIA
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef
7ème Etage - CASABLANCA

INPE: 091042941 - ICE: 001638091000051
Fax: 05 22 20 77 67/68
Tel: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67/68
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Spécialiste O.R.L.
Docteur M'hamed CHRAÏBI

Résidence Roia: 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca

Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91

En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05



CREFON
MAROC

**Centre de Rééducation et d'exploration fonctionnelle
otoneurologique (Vertiges et Troubles de l'équilibre)**

CASABLANCA LE 08/11/2022

Facture N° 536/2022

Madame GUESSOUS OUMKELTOUM

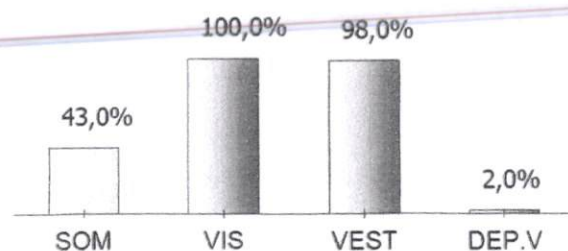
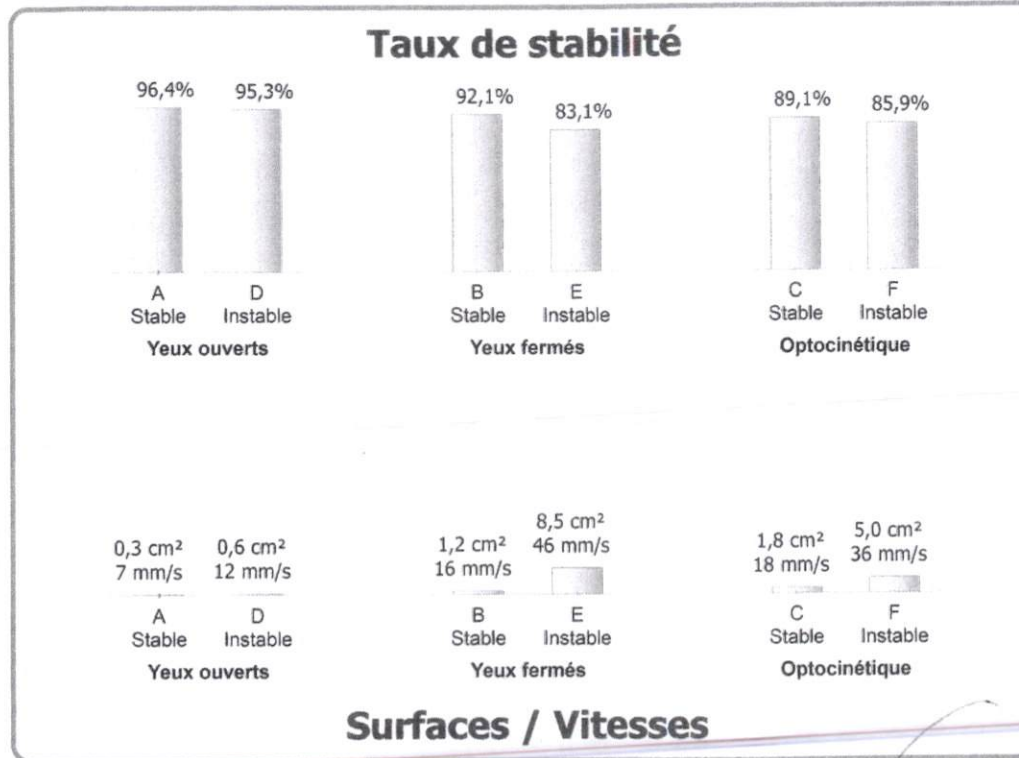
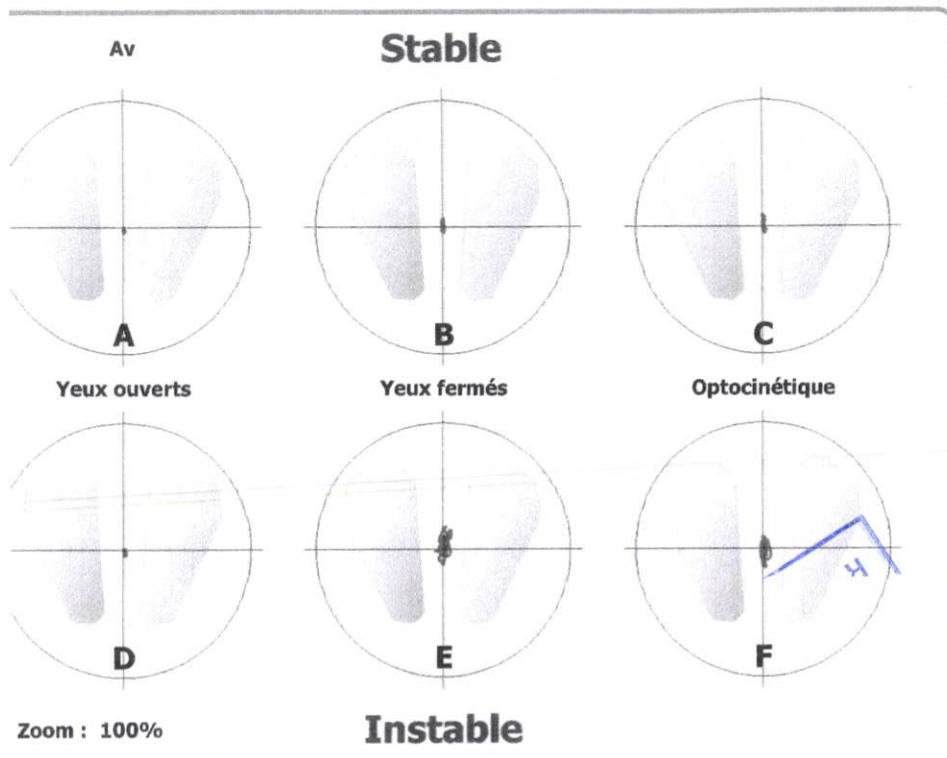
Posturographie

K20

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : 800.00 DHS

HUIT CENT DIRHAMS.

CREFON MAROC
47, Résidence ROIA
Ed. d'Anfa et Ed. My Youssef
7ème Etage - CASABLANCA



Degré d'utilisation des différentes entrées sensorielles lors de ce bilan

SOM = Somesthésie, VIS = Vision, VEST = Vestibulaire, DEP.V = Dépendance visuelle

Commentaires du thérapeute : Avant Rééducation

*Perturbation sur plan instable
les yeux fermés et en optocinétique*

"Dépendance visuelle avec déficit somesthésique"

*CREFON MAROC
47, Résidence ROJA
Bd. d'Anfa et Bd. My Youssef
T. EL AGG - CASABLANCA*