

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

M22- 54806

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1157 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMAYED-ELMILI Rafik

Date de naissance : 01/08/39

Adresse : 11 Rue de la Mer Baltique

Ain Diab - CASABLANCA

Tél. : 064581535 Total des frais engagés : 4500 MAD DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
93, RD MASSIRA EL KHADDAJ - MAJMAH
Tél : 022 23 94 18 - 022 23 37 71

Date de consultation : 01/06/2023

Nom et prénom du malade : HAMAYED-ELMILI Rafik Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 : Casablanca Le : 20/07/2023

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
01/06/2023	C	Gratuit		Docteur Z. Abdelhak Spécialiste O.R.L. 93 Bd. EL KHADRA - N°107 Tél: 06 72 50 55 881

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	
Ghizlane REDA Kinésithérapeute Vestibulaire 212, Bd de la Résistance Lig 2 App Casablanca Tél: 05 20 04 50 42 / GSM: 06 72 50 55 881	20/07/2023	K15		300.000	K15 =	4500.000

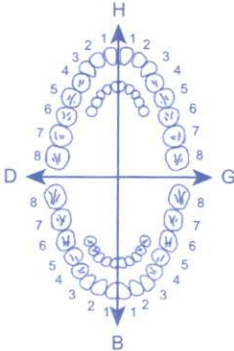
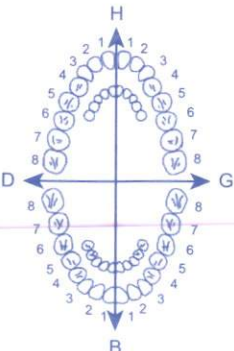
INP: 065055881

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"> <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 <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'EXECUTION

Docteur ZIZI Abdelhak
Spécialiste ORL
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'ORL
Explorations des Surdités et du Vertige
D.I.U de Rééducation du Vertige et des Troubles de l'Equilibre

GHIZLANE REDA
KINESITHERAPEUTE SPECIALISEE EN REEDUCATION
VESTIBULAIRE

M~~me~~. HAMAYED EL MILI RAFIK

LE : 20 /07/ 2023
I.N.P: 091142018
ICE :001602585000062

FACTURE N° 06/2023

DATE DE SEANCE	Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
06-06-2023 08-06-2023 13-06-2023 15-06-2023 20-06-2023 22-06-2023 26-06-2023 28-06-2023 04-07-2023 06-07-2023 11-07-2023 13-07-2023 17-07-2023 18-07-2023 20-07-2023	K ₁₅ rééducation vestibulaire	15	300.00	4500.00
TOTAL				4500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre mille cinq cent dirhams .

Ghizlane REDA
Kinésithérapeute Vestibulaire
212, Bd de la Résistance Etg. 2 Appt 7
Casablanca
Tél: 0520.045.842 / GSM: 06.72.509.149

Signature

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
93, Bd EL KHADRA - MOH
Tél: 022 25 93 89 / Fax: 022 25 93 71

93, Bd Massira El Khadra, Résidence SOROUR Tel : 022 25 93 89 / 022 98 10 30

Fax :

022 23 37 71 Email : ziziabdelhak@gmail.com

Docteur ZIZI Abdelhak
Spécialiste ORL
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Membre de la Société Française d'ORL
Explorations des Surdités et du Vertige
D.I.U de Rééducation du Vertige et des Troubles de l'Equilibre

Casablanca le 01-06-2023

Prescription Médical

Je soussigné, Dr.ZIZI ABDELHAK. certifie avoir examiné

Mr. HAMAYED EL MILI RAFIK qui présente un trouble de l'équilibre
important nécessitant ...*Quinze*.....(*15*....) séances de
rééducation vestibulaire.

Signé  Docteur ZIZI Abdelhak
SPÉCIALISTE O.R.L.
93, Bd MASSIRA EL KHADRA - MARI
Tél: 0522 25 93 89 / 0522 98 10 30