

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-811753

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
		Cadre réservé à l'adhérent (e)					
		Matricule : <u>ATYA</u>		Société :		<u>204882</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :			
		Nom & Prénom : <u>ATYA KHALIL</u>					
		Date de naissance : <u>19/03/68</u>					
		Adresse : <u>Habituelle</u>					
		Tél. : <u>0661 699 699</u>		Total des frais engagés :		<u>443,40</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin

<input type="checkbox"/>	Cachet du médecin :	<input type="checkbox"/>	Dr HASSANI Redouane Spécialiste ORL-Chirurgie Cervico Faciale 511, Bd Al Qods Rés. les Jardins Qods California, Appt 14 Ain Chock Casablanca - Tél. : 05 22 52 59 73
		Date de consultation : <u>02/10/2024</u>	
		Nom et prénom du malade : <u>ATYA AHMED</u>	
		Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
		Nature de la maladie : <u>ATYA SPL</u>	
		En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
<p style="font-size: small;">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.</p>			

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : ATYA AHMED

Le : 08/10/2024



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
21/05/24	3	309-	109-	INP : HASSAN Chirurg Spécialiste ORL Chirurg Service Faciale 51, Bd Al Qods Rés. les Jardins California, Appt 14 Ain Chock ca - Tel : 05 22 52 69 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03 Mai 2021	43.42 Dhs INR 10.920.999.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

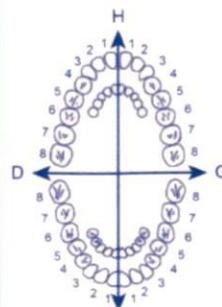
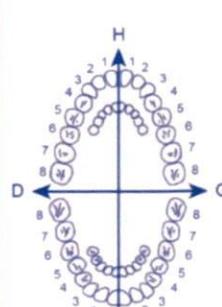
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
B				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale
Enfants & Adultes



الدكتور الحسني رضوان

إختصاصي

أمراض و جراحة الأنف والحنجرة
جراحة العين والوجه
للسغار والكبار

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 02/05/2024

ENFANT ATYA AHMED

23,00

- Effipred 5 mg Cp
4 Comprimé, matin, pendant 6 jours
- Tabunex 0,05 µg
1 pulvérisation, matin, pendant 1 mois
- Polydexa
3 gouttes, matin, soir, pendant 5 jours

20,40

TOTAL
43.40

EFFIPRED® 5 mg

PPV 23DH00
EXP 10/2026
LOT 38012 1



LOT : 23039
PPV : 20 DH 40
PER : 12/26

Dr HASSANI
Spécialiste
Cervico-Faciale
511, Bd Al Qods Rés. 10
Qods California, Apt 14 Ain Chok
Casablanca - Tél. : 05 22 52 69 78



03/05/2024

2024

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشريفة - عين الشق - الدار البيضاء (أمام محطة باص واي هي شريفة)

511, Bd Al Qods, Rés. Les Jardins Al Qods Californie N°14 Hay chrifia - Ain Chok - Casablanca (Devant la Station BusWay Hay Chrifia)

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

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico-Faciale
Enfants & Adultes



الدكتور الحسني رضوان

إختصاصي

أمراض و جراحة الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه
للمغار والكبار

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 02/05/2024

Facture

ENFANT ATYA AHMED

Acte	Honoraire
Consultation	300,00 Dh
Micro-aspiration des oreilles	100,00 Dh
Total	400,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
400,00 Dirhams

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico Faciale
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Qods Californie - Tel. : 05 22 52 62 78
Casablanca

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشريفة - عين الشق - الدار البيضاء (أمام محطة باص واي هي شريفة)

511, Bd Al Qods, Rés. Les Jardins Al Qods Californie N°14 Hay chrifa - Ain Chok - Casablanca (Devant la Station BusWay Hay Chrifa)

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