

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-507649

66477 CA



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **08229**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ZEBARHE AZIZ**

Date de naissance : **01/10/1970**

Adresse : **30 Rue D'ENRY menthi POLO
CASABLANCA**

Tél. : **0670338148**

Total des frais engagés : **446,70** Dhs

Cadre réservé au Médecin

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 69 78

Cachet du médecin :

Date de consultation : **24/10/2021**

Nom et prénom du malade : **ZEBARHE AZIZ**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : **Ajziz SR**

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**

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

Le : **24/10/2021**

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
24/02/21	Cy		250 dh	<p>Dr HASAN BEN AYAD Spécialité : ORTHOPÉDIQUE Services fournis : les jardins 51, Bd Al Qods Rés. les Jardins Grod California, Agadir - Tel. : 05 22 52 69 78 Casablanca - Tel. : 05 22 52 69 78</p>

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

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

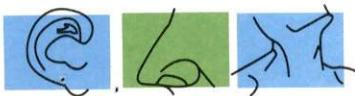
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
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 l'ODF.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																									<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																	<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																																																																																																	INP : <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
				FIN D'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr><td>H</td><td>25533412 21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000 00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411 11433553</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412 21433552	D	00000000 00000000	B	00000000 00000000	G	35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
H	25533412 21433552																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
D	00000000 00000000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
B	00000000 00000000																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
G	35533411 11433553																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
				DATE DU DEVIS <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
				DATE DE L'EXECUTION <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
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.الحسني رضوان

أخصائي

طب وجراحة الأذن الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه

الهاتف : 0522 52 69 78

Ordonnance Médicale

Casablanca le : 24/02/2021

MR ZEBAKHE AZIZ

• Azibac 500 mg

1 Comprimé, midi, pendant 3 jours

• Predni cooper 20 mg

3 Comprimé, matin, pendant 5 jours

• Nazair 50 µg / dose

2 pulvérisation, matin, pendant 1 mois

LOT: GA00751

PER: 07/2022

PPV: 75 DH 00

UT. AV:

PPV (DH):

42,00

UT. AV. : 10 02 2022

79,70

LOT N° : 1237986

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico Faciale
51, Bd Al Qods Rés, les Jardins
Qods Califorrie, Appt 14 Ain Chock
Casablanca - Tél : 05 22 52 69 78

PHARMACIE AL QODS, Résidence Al Qods Califorrie, Appartement 14, Ain Chock Casablanca
Téléphone: 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.orl.hassani@gmail.com

51، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشرفة – عين الشق - الدار البيضاء
Boulevard Al Qods, Résidence Al Qods Califorrie, immeuble 8, N° Appt 14, Ain Chock Casablanca
Tél: 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.orl.hassani@gmail.com