

## 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.

N° W21-629890

83177

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	04444	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	JABER Abdellahim
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		0661946601	Total des frais engagés : 436,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
HASSANI Redouane Spécialiste ORL-Chirurgie Cervico Faciale 511, Bd Al Qods Res. les Jardins Qods California, Appt 14 Ain Chock Casablanca - Tel. : 05 22 52 69 78	
Date de consultation : 16/08/2021	
Nom et prénom du malade : Jaber	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint	
Nature de la maladie : affection	
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) :

Le : 16/08/2021

Signature : 83177



## 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
16/08/21	clot		25000H	INP : 0911641848 Dr HASSANI Redouane Spécialiste Chirurgie Cervico-Faciale 51, Bd Al Qods, les Jardins Oasis California, Appt 14 Ain el Ma Casablanca Tel : 0524 22 00 00

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOUSSA MOUSSA NE Leila 1 Av. 2 Mars 1945 - Béja - Téle: 05 22 21 09 75	16/8/2011	86,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

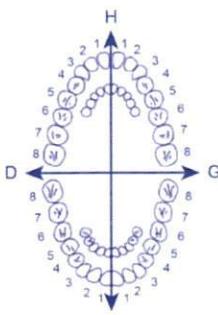
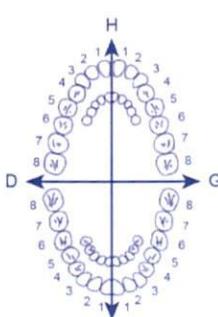
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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										
			<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <input type="text"/> <b>G</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									
VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS													
VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													

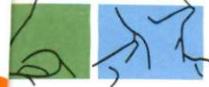
MYK 1%



1

64,50

21,80



د.الحسني رضوان

أخصائي

طب وجراحة الأنف والحنجرة  
جراحة العنق والوجه

الهاتف : 0522 52 69 78

## Ordonnance Médicale

Casablanca le : 16/08/2021

MR JABER ABDERRAHIM

21,80

64,50

• Polydexa

3 gouttes, matin, midi, soir, pendant 7 jours

15

• Myk 1% solution

1 goutte, le matin, pendant 1 mois

15

86,30

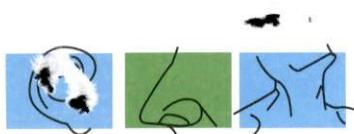
Dr HASSANI Redouane  
Spécialiste ORL-Chirurgie  
Cervico-Faciale  
511, Bd Al Qods, Rés. les Jardins  
Qods Californie, Appt 14 Ain Chock  
Casablanca - Tel: 05 22 52 69 78

PHARMACIE MOUHSSINE  
MOUHSSINE Leila  
834, Av. 2 Mars Prolongée inara 1  
Casablanca - Tél: 05 22 21 09 76

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 :

16/08/21

### Facture

MR JABER ABDERRAHIM

Acte	Honoraire
Consultation	250,00 Dh
Micro-aspiration des oreilles	100,00 Dh
<b>Total</b>	<b>350,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
350,00 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