

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-643097

9 1511
1005 NOV 2021

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

05488

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENBOUHIA Mohamed

Date de naissance :

20/05/1966

Adresse :

A. H

Tél. :

0661 61 77 79

Total des frais engagés :

200 + 35,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Afaf Refass Hadni
Oto-Rhino-Laryngologiste
Al Miraj Center Angle Bd. Anoual
et Bd. Abdelmoumen 26ème Etage N°23
Casablanca - Tél : 05 22 86 41 86

Date de consultation :

02 NOV 2021

Nom et prénom du malade :

Benbouhia Jasmine

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'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) :

02 NOV 2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02 NOV 2021 | | 23 | 250 | 091033894 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------|-----------------------|
| | 2.11.2021 | 38.80 |

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 | IV | |
| | | | | | | |

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 de l'ODF.

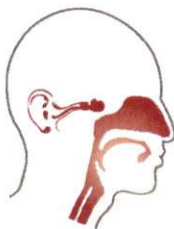
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|-------------|---|------------------------|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|--|---|--|-----------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | FIN D'EXECUTION [] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table> <tr> <td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>B</td><td></td></tr> </table> | | | H | | | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX [] |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Oto- Rhino-Laryngologiste

Médecin spécialiste en maladies & chirurgies
de l'oreille, du nez, de la gorge, de la face et du cou



د. عفاف الرفاص - حدنی

طبيبة اختصاصية في امراض وجراحة
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le :

02 novembre 2021

Dr. Afaf Refass Hadni

Stelle. BEN BOUHIA Yaasmine

el Bd. Abdelmoumen 2ème Etage N°23
Casablanca - Tél : 05 22 86 41 88

PPV: 14DH00

PER: 03/24

LOT:K890

KOPRED CP 20 MG

3 comprimés par jour pendant 5 jours

SEPCEN 500 MG 10 CPS

1 comprimé Matin et 1 Soir pendant 8 jours

POLYDEXA GTTES AURICULAIRES

IV GTTES 3 FOIS PAR JOUR EN BAIN D'OREILLE

DOLIPRANE 8 CPS EFF 1G

1 CP 3 FOIS PAR JOUR SI DOULEUR

35.80
Opia gel
1 gel
Probiotics
1 gel 2

Dr. Afar El-Eass Hadni
Oth-Rhine Ear, Nose & Throat
Al-Narar Center Angie Bd. Al-Jouba
el-M. Abdelkhalim 28.78 Etage N°23
Sousse 40000 - Tel: 05 22 86 41 86

📍 مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوار وشارع عبد المومن ، الطابق الثاني، الرقم 23، البيضاء

محطة طرامواي عبد المومن (الخط الأول) أو أنوال (الخط الثاني)

📍 Al Miaraj Centre : Angle Bd. Anoual et Bd Abdelmoumen, 2ème Etage, N°23 Casablanca

Station Tramway Abdelmoumen (la ligne 1) ou Anoual (la ligne 2)

☎ 06 08 51 76 28 ☎ 05 22 86 41 86 ✉ refassorl@gmail.com 🌐 www.orlacasablanca.com