

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.

Diagnostique 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

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° P19- 068114 Acc

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (A)

Matricule : 309 Société : RAM / MUPRAS
☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre :
Nom & Prénom : FARIAT DRIS
Date de naissance : 01.7.45
Adresse : 9, Rue Mohammed VI, Benelmouhar, Maarif, 20370
Tél. : 0610 902902 Total des frais engagés : 2000 / 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZ Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
33, Bd Hassan El Khadra - Maarif
Tél : 022 25 93 89 - Fax : 022 25 32 51

Date de consultation : 22 / 03 / 2022
Nom et prénom du malade : F. FARIAT DRIS Age : 77 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Vertige
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 : 25 / 03 / 2022
Signature de l'adhérent (A) :

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
22/03/2022	C		Gratuit	Docteur Ghizlane R. L. SPECIALISTE O.R.L. 93, BD NASSRA EL KHADRA - MARI Tél: 022 25 44 11 Fax: 022 25 17 71

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

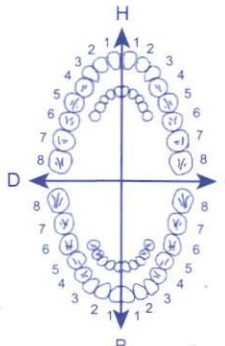
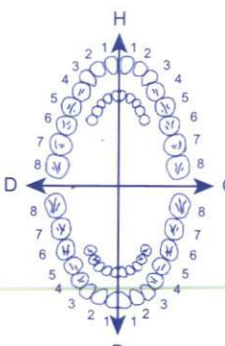
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Ghizlane R. L. Kinésithérapeute Vestibulaire 212, Bd de la Résistance Etg 2 Casablanca Tél: 06 20 045 742 / GSM: 06 72 509 143	22/3/22					

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 109457 
N° Dossier externe: ACC-00909-25/03/2022
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: FARIAT DRISS
Situation: Notifié 
Sous-situation: --- 
Date de début: 25-03-2022 
Date de fin: 
Date de saisie: 25-03-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [4]

Date	Type	Commentaire
28-03-2022	Manuel	ACC 10 SEANCES REED VESTIBULAIRE FORFAIT

M^{le} - 909

P.E.C

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 22-03-2022

Certificat Médical

Je soussigné, Dr.ZIZI ABDELHAK. certifie avoir examiné

MR.FARIAT DRISS qui présente un trouble de l'équilibre

important nécessitant quinze.....(15.....) séances de rééducation

vestibulaire.

Signé :

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
93, Bd MASSIRA EL KHADRA - Mazm
Tél : 022 25 93 89 / Fax : 022 23 37 71

93, Bd Massira El Khadra, Résidence SOROUR T'l : 0522 25 93 89 / 0522 98 10 30

Fax : 0522 23 23 15 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

GHIZLANE REDA

KINESITHERAPEUTE SPECIALISEE EN REDUCATION

VESTIBULAIRE

MR. FARIAT DRISS

FACTURE

LE : 15 / 04 / 2022

I.N.P: 091142018

ICE : 001602585000062

DATE DE SEANCE	Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
Le 31-03-2022 Le 04-04-2022 Le 08-04-2022 Le 11-04-2022 Le 15-04-2022	K ₁₅ rééducation vestibulaire	5	300.00	1500.00
TOTAL				1500,00

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

Signé :

Ghizlane REDA
Kinésithérapeute Vestibulaire
212, Bd de La Résistance Etg 2 Apt 7
Casablanca
Tél : 0620.045.842 / GSM: 06.72.509.149

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
93, Bd Massira El Khadra
Tél : 022 25 93 89 / 022 98 10 30