

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.

M22- 0005048

126440

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 896 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : nel BELRHIT ALAOUI

Date de naissance : 02 11 1963

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1555,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/08/2022

Nom et prénom du malade : Bel dit Bel

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : A.P.H.

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 18/08/2022 Le : 18/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :



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.																																																																							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOINS DENTAIRES</th> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																															
	SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																																																																			
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																																																							
MONTANTS DES SOINS																																																																							
DEBUT D'EXECUTION																																																																							
FIN D'EXECUTION																																																																							
	ODF PROTHÈSES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="4">CŒFFICIENT DES TRAVAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="4">MONTANTS DES SOINS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">DATE DU DEVIS</td> </tr> <tr> <td colspan="4">DATE DE L'EXECUTION</td> </tr> <tr> <td colspan="5"> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS </td> </tr> <tr> <td colspan="5"> VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION </td> </tr> </tbody> </table>				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </tbody> </table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B				CŒFFICIENT DES TRAVAUX				MONTANTS DES SOINS				DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION				[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				
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																																																																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> <td colspan="2">11433553</td> </tr> <tr> <th>B</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </tbody> </table>				H				25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000		00000000		35533411		11433553		B																																										
	H																																																																						
	25533412	21433552																																																																					
	00000000	00000000																																																																					
	D		G																																																																				
	00000000		00000000																																																																				
	35533411		11433553																																																																				
	B																																																																						
CŒFFICIENT DES TRAVAUX																																																																							
MONTANTS DES SOINS																																																																							
DATE DU DEVIS																																																																							
DATE DE L'EXECUTION																																																																							
[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																																																																							



مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le

Reçu la somme de

15.00.000 Mille cinq cent DT

De Mr, Melle, Mme

Belghith Hacini M'hamed

Pour consultation ORL (C2) + (K10) pour Cotharsie au Bleu

opératoire 8182

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033757

Casablanca, le 04 - 8 20

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7, Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialisealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069

Dr. Brahim HESSISSEN
Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 001032753

55.00
D.

AMOXICILLIN
1 g po 2/j x 7 j

PHARMACIE ZYMA
27, Rue Ahmed FADIRI
Cité Plateau Lycée Al Waha
Tél : 022.99.42.15 - Casablanca

Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.O.D.E. AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Boulevard Brahim Roudani - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 001032753

PPV : 55,00 DH
LOT : 649390
PER : 03/24

AMOXIL 1g
12 comprimés dispersibles



6 118000 160038