

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 4216 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JEMEL Bouchaib

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0630588227 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Date de consultation : 20/10/22

Nom et prénom du malade : Jemel Bouchaib 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 : DRoua

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/10/2022

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
21/10/22	A	1	300,-	Docteur M'hamed JEDDI Spécialiste en Dentisterie 47, Angle Bd Anfa & Bd Hassan II Tél: 0522 20 69 43/52 Fax: 0522 20 69 43/53 Spécialiste en Prostéodontie Dr. Youssef K.L. Casablanca Tél: 0522 20 69 43/52 Fax: 0522 20 77 67
	Bd	1	500,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE REGIONALE Dr. SEAD BEN YOUSSEF LOUJAS Imm. 94, 105 NAIT N°4 DEROUA Tél: 05 22 51 42 28 18/10/22	20-10-22	426,-

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

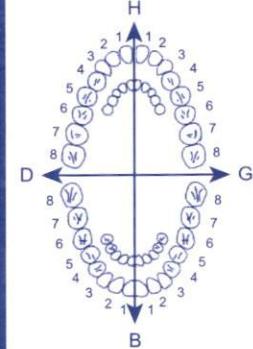
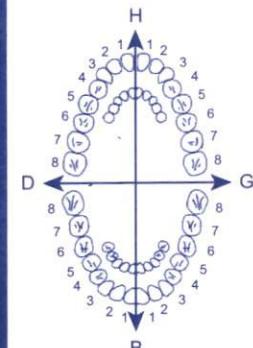
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES				Coefficient des Travaux															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] 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

الدكتور مهamed CHRAÏBI

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 20/10/2022,

Monsieur JEMEL Bouchaib

134.80X3

1) NOOTROPYL 800 CP

21.80 1 comprimé 3 fois par jour 3 MOIS

2) POLYDEXA gouttes auricul

4 gouttes auriculaire 2 fois par jour 7 JRS

426.20

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
Diplôme de la Faculté de Médecine de Bordeaux
17, Angle Bd Anfa et Bd My Khissat, 2ème Etage
Tél: 05 22 10 69 43 / 05 22 10 77 67/68
Fax: 05 22 12 20 71 91 - Casablanca
INPE: 091042911 - ICE: 001638091000051

LA PHARMACIE REGIONALE
DU CRÉDIT ENSEIGNEMENT
Imm. 94, Bd. d'Anfa - Casablanca
Tél: 05 22 51 47 07

Résidence Roia : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

LOT 220253
EXP 02 2026
PPV 134.80

LOT 213047
EXP 11 2025
PPV 134.80

LOT 220253
EXP 02 2026
PPV 134.80

21,80

دكتور محمد الشرابي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochlear

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 20.10.22

Le Docteur

Prie M

Jemel Bouchairi

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Lavage d'oreille Bilatérale Bouchairi
de Cerumen 200

S'élevant à la somme de

500 Dhs.

Cinép clair Dhs

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

17 Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef

Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 68

- Casablanca -

Résidence Roia: 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca

Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91

En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05