

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
M22- 0045542

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 1013 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOUTI Zahra
Date de naissance : 01-21-1959
Adresse :
Tél : 06-7307.3100 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
	01/12/22	800	Blanc de dent

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

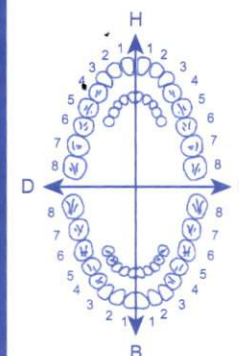
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

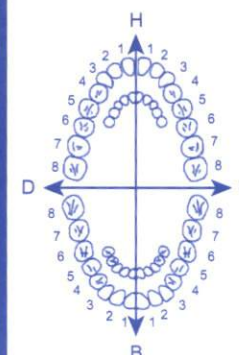
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المركز التخصصي



CLINIQUE SPECIALISEE
AL FARABI

MALADIE ET CHIRURGIE

NEZ - GORGE - OREILLES - LARYNX
CHIRURGIE DE LA SURDITE ET CERVICO FACIALE
CHIRURGIE ESTHETIQUE - NEUROCHIRURGIE
ALLERGLOGIE
REANIMATION POLYVALENTE

Consultations tous les jours sur rendez-vous
Gardes des Dimanches et Fêtes assurées

أمراض وجراحة

الأنف - الحنجرة - الأذن
جراحة السمع والوجه والعنق
جراحة جمالية - جراحة الدماغ والأعصاب
حساسية
إنعاش

الخصص يوميا بالموعد
الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

Mavshi Martin à ogh

Consultation d'Hematologie

Dr CHER KADOU

Shan

de l'apart P^r Rouach

code
AL FARABI

RADIO

مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة القرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA

TEL : 0522 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 0522 20 18 85

RADIO

Mr, Melle, Mme

Renseignements cliniques :

Le.....

Age : 63

Nécessite la radiographie suivante :

- ☐ Rx POU MON
- ☐ Rx PANORAMIQUE
- ☒ BLONDEAU SCANNER
- ☐ I. R. M. (T1, T1 Gadolinium, T2)
- ☐ Rx COLONNE CERVICALE (Face/Profil)
- ☐ ECHOGRAPHIE
- ☐ T. D. M.

Pr. Med. A. H. HENISSSEN
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations
C.O.P. E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, N° 8 - Casa
Tel : 0522 47 20 20 - Fax : 0522 20 18 85
INPE : 091033753

**Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Dentaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca le 01/12/2022

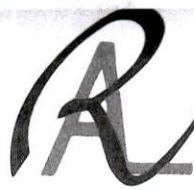
FACTURE
N° 7291/22

MME HOURI ZAHRA

EXAMEN	MONTANT
BLONDEAU SCANNER	800 DHS

DR. BENNOUNA Mohamed Fouad
et Rue Jean Jaures N° 8 - Casa
Angle Bd Brahim Roudani
Tél : 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09
RADIOLOGIE ALANDALOUSS

Adresse : Angle Boulevard Brahim Roudani et Rue Jean Jaures N° 8 Casablanca - **Tél :** 05 22 49 00 03 - 05 22 22 67 09**T.P N° :** 35547765 - **I.F :** 1051982 - **N° d'Affiliation C.N.S.S :** 7494248 - **ICE N° :** 001714794000020**Site Web :** www.radiologieandalouss.com - **E-mail :** andaloussradiologie@gmail.com

**Dr. Mohamed Fouad BENNOUNA**

- Scanner Multibarrette : Corps entiers en 3D - Angio Scanner - Denta-Scan - Colo Scan
- Echographie Corps entier 3/4D • Echodoppler Couleur, energie • Radiologie Générale
- Mammographie • Radio Panoramique Denaire • IRM • Biopsie Scannoguidée et Echoguidée

Casablanca, le 01/12/2022

MEDECIN TRAITANT : PR. HESSISSEN

NOM & PRENOM : MME HOURI ZAHRA
EXAMEN : BLONDEAU SCANNER**TECHNIQUE :**

Hélice de 5 mm d'épaisseur au niveau de la face, avec reconstructions en 3 D.

RESULTATS

- Comblement spumeux des sinus maxillaire et du sinus sphénoïdal.
- Agénésie du sinus frontal droit.
- Densité aérique normale du sinus frontal gauche et des cellules ethmoïdales.
- Déviation de la partie distale de la cloison nasale vers la droite.
- Conchabullosa bilatérale.
- Hypertrophie des cornets inférieur et moyen gauches.
- Le cavum est libre.

