

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0019210

143157

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6400 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZADI MOHAMMED
Date de naissance : 09-05-1964
Adresse : 10, RUE ABDELATI, RES: NASSIM
RACINE CAS
Tél. : 0664414925 Total des frais engagés : 9657,9 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 6/12/22
Nom et prénom du malade : ZADI BADIA Age : 25
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. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 09/12/22 Le : 6/12/22
Signature de l'adhérent(e) :

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 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

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
6/12/14				9 667,95

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
		A M	P C	I M	I V	

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

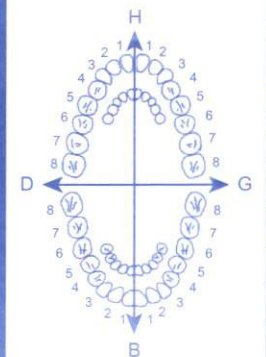
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
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

المركز التخصصي



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

الفحص يوميا بالمعهد
الحراسة دائمة أيام الأحد والأعياد

NOTE on

DR H

2200

Dr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre ORL de Diagnostic et Explorations
C.D.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Rouhani - Casablanca
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
1033753



CLINIQUE SPECIALISEE AL FARABI

7, Rue Jean Jaures, CASABLANCA
Tel : 022 47 30 30 Fax : 022 20 18 85

FACTURE N° : 1260/2022
NOM - PRENOM : ZADI BADR

DATE D'ENTREE : 02/12/2022
DATE DE SORTIE : 06/12/2022

HOSPITALISATION				HONORAIRES	
DESIGNATION	NOMBRE	PRIX U	MONTANT	MEDECIN	MONTANT
REANIMATION				DR HESSISSEN	2 200.00
SOINS INTENSIFS					
CHAMBRE	4	800	3 200.00		
TOTAL			3 200.00	TOTAL HONORAIRES	2 200.00
ACTES MEDICAUX				FOURNITURES	
DESIGNATION	COEFFICIENT		MONTANT	DESIGNATION	MONTANT
SALLE D'OPERATION				PHARMACIE	1 267.90
AIDE OPERATOIRE				PARAPHARMACIE	
SURVEILLANCE MEDICALE				CENTRE TRANSFUSION	
A.M.I.	4	300	1 500.00	ELECTRODES	
V N G	1	1500	1 500.00	RADIOLOGIE	
MANŒUVRE POSITIONNELE				LABO	
NEBULISATION				LAZER	
FRAIS CLINIQUE				TOTAL	1 267.90
FRAIS CLINIQUE			6 200.00	TOTAL GENERAL	9 667.90
ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE NEUF MILLE SIX CENT SOIXANTE SEPT DHS 90 CTS					
				CASABLANCA, LE 06/12/2022	
ARAB BANK AGENCE BD MED V, CASABLANCA, COMPTE N° 00 2780 0005210 14475 420068					
RC CASA / 49163 - CNSS / 87280215 - I.F / 01085330 - PAT / 35508565 Tel:022-47-30-30 (8 L G)- Fax: 022-20-18-85					

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : N° Facture : 0 21-05429

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ANTAGON H2 200 mg INJECTA (10)	2	13.00	26.00
AUGMENTIN 1G/200 IV INJECTA (01)	4	50.00	200.00
EXACYL 1g AMP BUV (05)	1	45.00	45.00
FLUIDES MEDICAUX /H (001)	1	710.00	710.00
INTRANULE 18G VYGON VERT (100)	1	5.00	5.00
NICARDIPINE 10MG INJECTA (10)	1	75.90	75.90
PERFUSEUR AVEC FILTRE (001)	1	7.00	7.00
PROLONGATEUR (001)	1	7.00	7.00
SERINGUE 10CC RR (100)	6	2.00	12.00
SERUM G5 100ML INJECTA (50)	4	30.00	120.00
SERUM SALE 0.9 500ML INJECTA (12)	4	15.00	60.00
Sous-Total médicaments			1 267.90

(*) Conditionnement hospitalier

Total pharmacie 1 267.90

CLINIQUE SPECIALISEE ALI
Oto Rhino Laryngologie
Chirurgia Cervicofacia
Tel: 05 22 47 30 00
Fax: 05 22 47 30 01
N° : 050002137