

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8662

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SAHRAOUI KHALID

Date de naissance : 27/06/1969

Adresse : Hay Chriifa, Rue 13, Res El Baraka, N° 16

Tél. : 90...55

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico Faciale
51, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Qods California, Apt 14 Ain Chock
Casablanca - Tél. : 05 22 52 55 73

Date de consultation : 17/11/2023

Nom et prénom du malade : SAHRAOUI KHALID Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION

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 : 17/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/11/93	CIS VR-FK		250 103 1-	INP : 09/11/93 DR HASSAN Spécialiste ORL Cervico Faciale 11, Bd Al Qods Rés. les Jardins Californie, Appt 14 Ain Chok Tél : 05 22 52 55 73

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																



Ordonnance Médicale

17/11/2023

Casablanca le :

MR SAHRAOUI KHALID

21,80



21,80

- **Polydexa**
3 gouttes, matin, soir, pendant 5 jours

34,70



LOT: 4029
PER : 05 - 26
P.P.V: 34 DH 70

- **Skinosalic Lotion**
1 Application, matin, soir, pendant , 10 jours Puis 1 Application, matin, pendant, 10 jours Puis 1 Application, un jour sur deux, pendant, 10 jours

119,10



- **Conasal Puivérisation nasale**
2 pulvérisation, matin, pendant 1 mois

175,60

PHARMACIE DR HASSANI
Dr DIAA EL CHEIKH SARAH
Dr DIAA EL Abdelfatah
N°600 LOTS HANNA 2 AV AL QODS
AIN CHOK CASABLANCA
GSM 0663 43 37 17 14 11 52 57 06

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico Faciale
511, Bd Al Qods Rés les Jardins
Gods Californie, Av 14 Ain Chok
Casablanca - Tel. : 05 22 52 65 78

Dr HASSANI Redouane

Spécialiste

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cervico -Faciale
Enfants & Adultes



الدكتور الحسني رضوان

إختصاصي

أمراض و جراحة الأنف والحنجرة
جراحة العنق والوجه
للمغار والكبار

Ordonnance Médicale

17/11/2023

Casablanca le : _____

Facture

MR SAHRAOUI KHALID

Acte	Honoraire
Consultation	250,00 Dh
Micro-aspiration des oreilles	100,00 Dh
Total	350,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
350,00 Dirhams

Dr HASSANI Redouane
Spécialiste ORL-Chirurgie
Cervico Faciale
511, Bd Al Qods Rés. les Jardins
Qods Californie, Appt 14 Ain Chok
Casablanca - Tél. : 05 22 52 69 78

511، شارع القدس، إقامة حدائق القدس كاليفورنيا، رقم 14 حي الشريفة - عين الشق - الدارالبيضاء، (أمام محطة باص واي هي شريفة)

511, Bd Al Qods, Rés. Les Jardins Al Qods Californie N°14 Hay chrifa - Aïn Chok - Casablanca (Devant la Station BusWay Hay Chrifa)

Tél : 0522 52 69 78 / 06 15 82 91 89 / E-mail : cabinet.orl.hassani@gmail.com