

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## adiologie 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.

## éducation :

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1137 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : LOUDINI Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666177790 Total des frais engagés : 16 JUL. 2020 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ASSOSSI NEZHA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 16/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : ASSOSSI NEZHA

Le : 16/10/2020

#### **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
31/01/2020	6		60	

## **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 HRI <b>Sanaa FASSI</b>	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<b>ORTHOPHONISTE</b> Angle Bd. Sidi Abderrahman et Route 1'Azemmour Entrée B. 2ème étage N°7 Casablanca - Tél : 05 22 89 73 82	14/11/1992	15	00	10	-	3750 Dhs

#### **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

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, positioned horizontally. The teeth are represented by circles with numbers indicating their position and type. The numbers range from 1 to 8, with 1 at the midline and increasing towards the molars. The teeth are arranged in two rows: upper and lower. The upper row consists of four central incisors (1), four lateral incisors (2), four canines (3), and four first molars (4). The lower row consists of four second molars (5), four first molars (6), four canines (7), and four lateral incisors (8). The diagram also includes a vertical axis labeled 'H' at the top and a horizontal axis labeled 'D' on the left, with a small arrow pointing towards the center.

#### **(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU



## Devis

Demande d'entente préalable d'une série de 15 (Quinze) séances de rééducation orthophonique pour Mme NEZHA ASSOUSSI qui présente une dysphonie dysarthro-motrice.

Montant des 15 séances = trois mille Sept cent cinquante dirhams.

Fait à casablanca, le 14/10/2020

### Cachet et Signature

Sanaa FASSI FIHRI  
ORTHOPHONISTE  
Angle Bd. Sidi Abderrahman et Route  
d'Azemmour Entrée B, 2<sup>ème</sup> étage N°7  
Casablanca - Tél : 05 22 89 73 82

7. ملتقي شارع سيدى عبد الرحمن وطريق أزمور. مدخل «ب». الطابق الثاني - الدار البيضاء  
Angle Bd Sidi Abderrahman et Route d'Azemmour. Entrée B, 2<sup>ème</sup> étage, N°7 - Casablanca



مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفراهي  
CENTRE ORL DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS



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 - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091033753

Casablanca, le .....

21/02/20

Mr. Hassoussi Néfis

Bégayage récidivante.

=> Dominante de la mobilité  
de la corde vocale droite

Boîtier orthophonie

=> 15 séances de rééducation



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  
codealfarabi@gmail.com  
IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

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 - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091033753

ORL  
Diagnostic & Explorations

الأذن الأنف والحنجرة  
الفحص والتلخيص