

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.

Diagnostique 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.

Maladie chronique :

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

N° P19- 068114

Acc

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (A)

Matricule : 809 Société : RAM / MUPRAS

☐ Actif ☒ Pensionné ☐ Autre

Nom & Prénom : FARIAT DRIS

Date de naissance : 07.7.65

Adresse : 9, Rue Mohamed V, Benjelloun, Maarif, 20370

Tél : 0610 902902 Total des frais engagés : P.E.C Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur ZIZ: Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L.
93, BD MASSARA EL KHADRA - Maarif
Tél : 022 25.93.89 - Tél / Fax : 022 25.37.71

Date de consultation : 02 / 03 / 2022

Nom et prénom du malade : FARIAT DRIS Age : 77 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Vertige

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 : 25 / 03 / 2022

Signature de l'adhérent (A) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-068114

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent (A)

Matricule : 809

Nom de l'adhérent (A) : FARIAT

Total des frais engagés : P.E.C

Date de dépôt : 25.3.22

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

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
22/03/2022	G		6-10101	Docteur <i>Abdelhak</i> SPECIALISTE O.R.L. 93, BD MASSARA EL KHADRA - MOH Tél: 022 35 44 11 Fax: 022 35 44 12

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
		AM	PC	IM	IV	
<i>GHIZLANE RES</i> Kinésithérapeute Vestibulaire 212, Bd de la Résistance Etg 2 P. 7 Casablanca Tél: 06 20 045 842 / GSM: 06 72 509 143	22/3/22					

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS														
	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

M^{le} - 009

P.E.C

Docteur ZIZI Abdelhak

Spécialiste ORL

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société Française d'ORL

Explorations des Surdités et du Vertige

D.I.U de Rééducation du Vertige et des Troubles de l'Equilibre

Casablanca le 22-03-2022

Certificat Médical

Je soussigné, Dr.ZIZI ABDELHAK. certifie avoir examiné

MR.FARIAT DRISS qui présente un trouble de l'équilibre

important nécessitant *quingze*.....(*15*.....) séances de rééducation

vestibulaire.

Signé :

[Signature]
Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
93, Bd MASSIRA EL KHADRA - Mazraa
Tél : 022 25 93 89 / Fax : 022 23 37 71

Docteur ZIZI Abdelhak

Spécialiste ORL

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la Société Française d'ORL

Explorations des Surdités et du Vertige

D.I.U de Rééducation du Vertige et des Troubles de l'Equilibre

GHIZLANE REDA

KINESITHERAPEUTE SPECIALISEE EN REDUCATION
VESTIBULAIRE

MR. FARIAT DRISS

LE : 22/03/ 2022

I.N.P: 091142018

ICE :001602585000062

DEVIS

Motif : vertige et trouble de l'équilibre

Désignation	Nombre	Prix Unitaire T.T.C	Prix Total T.T.C
Séance de rééducation vestibulaire	15	300.00	4500.00
TOTAL			4500,00

Arrêtée la présente devis à la somme de quatre mille cinq cent dirhams.

Ghizlane REDA
Kinésithérapeute Vestibulaire
212, Bd de La Résistance Etg. 2
Casablanca
Tél: 0528-945.842 GSM: 06.72.503.113

Signé :

Docteur ZIZI Abdelhak
SPECIALISTE O.R.L
33, Bd MASSIRA EL KHADRA - MARI
Tél: 022 25 93 89 / 022 98 10 30

93, Bd Massira El Khadra, Résidence SOROUR Tel : 022 25 93 89 / 022 98 10 30

Fax :

022 23 37 71 Email : ziziabdelhak@gmail.com