

## **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
11/09/19 C 26/10			600 DH	INP : 0910B3753

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>CHRAIF BI KHOUEB RADOUANE PHARMACIE TÉL: 0522 25 14 56 PE: 09 20 17 35</b>	1/20/89	152,20

#### **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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VOLET ADHERENT

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

#### **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"/>								
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>								
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>								
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>								
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>								
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>											
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		D	G	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>		
H												
D	G											
B												
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
25533412	21433552											
00000000	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>								
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>								
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>												
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>												

## 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-422683

12686

### Maladie

### Dentaire

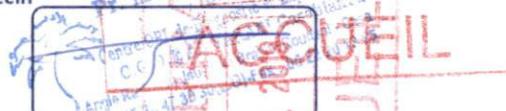
### Optique

### Autres

Matricule :	7372	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Chouci Hassan
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
		27/02/1968	
Adresse :		FARITAHEUR	
Tél. :		0661 515373	
		Total des frais engagés : 752,00 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

#### Cachet du médecin :



#### Date de consultation :

#### Nom et prénom du malade :

#### Lien de parenté :

#### 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/09/2019

### VOLET ADHÉRENT

#### Déclaration de maladie

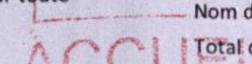
N° W19-422683

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 7372  
Nom de l'adhérent(e) : Chouci Hassan

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Total des frais engagés : 752,00 Dhs  
Date de dépôt :



Casablanca le 11/09/2019

Casablanca, le .....

Monsieur

HASSAN CHOUKI

Dr. Abdelkrim LAMRANI

Dr. Réda MOUFFAK

Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS  
Allergologue

**FLOXAM 500 n2**

2 cp 2 fois par jour \$ è jours

11/6.4

**DOLIPRANE 1 g**

1 cp 3 fois par jour

11/6.5

**POLYSEXA**  
21.8 mg x 8 J x 7 j

harmacie du CEDRE  
CHRAIBI Khalil  
Docteur en Pharmacie  
Angle Rues Rodin et Mohamed Abdou  
Quartier Palmer - Casablanca  
Tél: 0522 26 14 67  
INPE: 0920 17 342

Signé : Professeur HESSISSEN MA

Pr. Med. M. HESSISSEN  
O.R.L.  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C. O. D. E. T. I. FARABI, Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tél: 05 22 47 30 30 (L.G)-Fax: 05 22 20 18 85

091033753



Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 88 01 01  
0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85

codealfarabi@gmail.com

IF : 14478582

ICE : 001837199000069





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

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 /47 30 30 FAX :022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le 11/09/19

Reçu la somme de

600 Dt Six Cents Dt

De Mr, Melle, Mme

Cherki Hassan

Pour consultation ORL (C2) + (K 10) pour microaspiration pour bouchon de cérumen

091033753

Pr. Med. A. HESSISSEN  
Centre O.R.L de Diagnostic et Explorations  
CODE AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca  
Tel : 022 47 30 30 (L.G)-Fax : 022 20 18 85