

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 canalaire, 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 canalaire.

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° W21-772446

139030

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 5048		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : LEBBAR AMIN		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 03/10/1964			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 29 NOV. 2007 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr BENJELLOUN Abdelaziz O.R.L CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 416, Bd. Abdelmoumen Tel: 0522 25 67 29 - 0561 09 95 95			
Date de consultation : 28/11/22			
Nom et prénom du malade : LEBBAR Amin Age : 59			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : gout			
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 : 28/11/22
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-772446	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 5048	
Nom de l'adhérent(e) : LEBBAR	
Total des frais engagés : 191,40	
Date de dépôt : 29/11/	

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
28 NOV 2022	CG	S2	CG	INP : P. BENJELLOUN ADEL O.R.L. CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 416 Bd. Abdelmoumen Tel: 0622 25 67 29 - 0661 09 95 95

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SULIMA YOUSRA LAHBABI LAR Res. Les Jardins de California 2 ^e Bd. de Fes / mm. 1 California 94 C 262. Tel: 05.22.21.98.94	28/11/2022	191.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

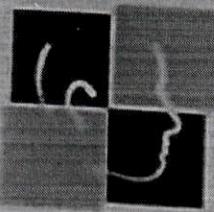
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : []
				BOTTU SA PPV : 71 DH 50
				osci 6 doses
				PPV:20DH00 PER:07/25 LOT:L2618
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Benjelloun d'ORL &
de Chirurgie Maxillo-Faciale

ANNECY DE CASABLANCA
YOUSRA LAHBAB LAJOU
Rés. « Les Jardins de Fes » Imr. 1 California 2^e
Bd. C. Ass. Tél: 05.22.21.98.94

الدكتور عبد العزيز بن جلون

أستاذ التعليم المغربي بكلية الطب الرباط و الدار البيضاء
حاصل على شهادة مراجعة تقويم وتحصيل ثانوية بكلية الطب
للسنة الفارسية

أمراض الأذن والأنف والحنجرة
جراحة تقويم وتحجيم الوجه
أمراض النose والتشريح

Docteur Abdelaziz BENJELLOUN

Professeur de l'Enseignement Supérieur
Faculté de Médecine de Rabat et Casablanca
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Nancy - France

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie MaxilloFaciale
Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face
Troubles du Sommeil et Ronflements

28/11/22

الدار البيضاء، المغرب

An Lebbar Amine

SV

20,90.

(1) Doligripp
1 sc de bt x 3/1g

x 0,1 gr SV

21,50

(2) Oscilloccinum
1 dose x 3/1g x 3 gr

SV

89,90

191,40

(3) Raxitone off
1 g/1l x 100 ml

SV

Pr. BENJELLOUN Abdelaziz
O.R.L
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
416, Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 25 67 29 - 0661 09 95 95

Pr. BENJELLOUN Abdelaziz
O.R.L
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
416, Bd. Abdelmoumen
Tél : 0522 25 67 29 - 0661 09 95 95

416, Bd Abdelmoumen, Anoual Capital Center, Entrée A, 2^e étage, N°12 - Casablanca.
Tél. : 05 22 25 67 29 - Urgences : 06 61 09 95 95 - Email : benjellounmaxillo@gmail.com