

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-779567

147164

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
3586

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KADRI HASSANI Hanan

Date de naissance :

10/31/1956

Adresse :

Tél. :

0661107369

Total des frais engagés :

419,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin : **DR BENLYAZID EL MASSANI Adil**



Cachet du médecin :

Date de consultation :

14/01/2023

Nom et prénom du malade :

KADRI HASSANI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Abbecche

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

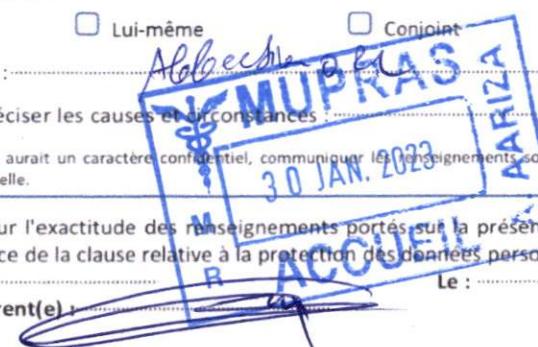
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
11/12/2022	Chirurgie	30.000	INP : 09M6901 Dr. BENLYAZID EL HASSANI Oto-thiéro-Laryngologue Chirurgie Cancérologique de la Face et du Cou 119, Bd. Abdelmoumen Casablanca	

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE ALI AIA Docteur en Pharmacie 435, Bd. Panoramique Lanea - Tél: 0522.53.	Date	Montant de la Facture
	14/11/23	119,90

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

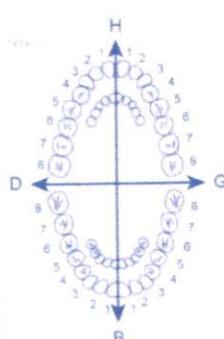
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
P	R
3412	21433552
0000	00000000
0000	00000000
3411	11433553

00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Adil Benlyazid

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'institut Claudius Regaud (Toulouse-France)

د. عادل بن اليزيد



اختصاصي في أمراض و جراحة
الأذن، الأنف و الحنجرة
اختصاصي في جراحة السرطان
جراحة أعضاء الوجه و العنق
رئيس سابق في كلية الطب (بنور فرنسا)

Casablanca, le 14/01/2023

S.V

MME KADRI HASSANI HANA

53,10

- Relaxol 500 mg /2mg
2.comprimé, matin, midi et soir, pendant 1 semaine
- Voltaren 50 mg
1 comprimé, matin, midi, soir pendant 1 semaine
- Prazol 20 mg
1 gélule, matin et soir, pendant 1 semaine

66,80

S.V

PER : 01/2026
EXP : 08/2028
P.P.V : 53DH10
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
6 118000 060833

LOT : M22080
EXP : AVR 2026
PPV : 66,80 DH

119,90

PHARMACIE CALIFORNIE
ALI ALAMI
Docteur en Pharmacie
435, Bd. Panoramique Polo
Casablanca - Tél: 0522.52.19.99

Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la Face et du Cou
119, Bd. Abdelmoumen Casablanca

119, شارع عبد المؤمن، الطابق 3 رقم 26 الدار البيضاء

Tél : 05 22 47 55 39 / GSM : 06 62 63 07 03 – E-mail : drbenlyazid@gmail.com

ICE : 001918333000002 / IF : 14477065 / INPE : 091169052