

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| Matricule : <u>7780</u> | Société : <u>RAN</u> | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>KANA</u> | | |
| Date de naissance : <u>13/05/1970</u> | | |
| Adresse : <u>SKELIA I lot 81 Rue 17 Hay HASSANI</u> | | |
| Tél. : <u>0661 51 1749</u> | Total des frais engagés : | <u>970,00</u> Dhs |

Cadre réservé au Médecin

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Cachet du médecin : | Dr. BENJELLOUN Najib SPECIALISTE ORL Boulevard Yacoub El Mansour Appt. No 5 - 2ème Etage Résidence Al Anfal 95.19.89 / 90 - CASABLANCA | | |
| Date de consultation : | <u>1/1/2019</u> | | |
| Nom et prénom du malade : | <u>ESSBA AITA</u> | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | <u>asthme</u> | | |
| Affection longue durée ou chronique : | <input type="checkbox"/> ALD | <input type="checkbox"/> ALC | Pathologie : |
| 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 : Casab

Le : 26/04/2019

Signature de l'adhérent(e) : Cxd 05-04-2019

8

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | 300 | DR BENJELLOUN Nabil SPECIALISTE ORL 235, Boulevard Yacoub El Mansour Appt. No 5 - 2ème Etage Résidence Al Anfal CASABLANCA |

INPI: 092010552

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | 20/04/23 | 67000 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--------------------------------|
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|----------|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 | 00000000 |
| B | 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

CABINET ORL

Docteur Najib BENJELLOUN

SPECIALISTE O.R.L.

OTORHINO - LARYNGOLOGIE

Maladie et Chirurgie Oreille, Nez, Gorge

Chirurgie de la Face et du Cou

Exploration et Chirurgie de la Soreite et des Vertiges

Ex. Médecin à L'Hôpital 20 Août Casablanca

Ex. Chef de Service O.R.L. à L'Hôpital Hassan II, Settat

الدكتور نجيب بن جلون

إختصاصي في أمراض وجراحة

الأذن - الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

تشخيص و جراحة الصم والدوحة

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

رئيس قسم أمراض وجراحة الأذن - الأنف والحنجرة

بمستشفى الحسن الثاني بسطات سابقًا

٥٥

Casablanca, le : 26/24/23 الدار البيضاء في

ESSOR A+A

188.20x2 (6)

- Argon 15.

45.80 (6) 15 + 28.10 , ٢

- Celestine 4mg.

70.60 (6) 10ug 1, ٠٣,

- ofloset .

80.10 (6) 100mg. ٠٩,

- dyazal 5mg.

55.00 (6) 18 , ١ م.

- Biomyl

82.10 (6) 18 + 21 ,

- Fmedic ١٢.٥٠ ١, ١ ك.

Dr. **BENJELLOUN Najib**
SPECIALISTE O.R.L.
35, Boulevard Yacoub EL Mansour
App. 205 - 2ème Etage
Résidence Al Anfal
Casablanca
Tél. 05 22 95 12 89
05 22 95 12 89 / 90

PPU: 168,20 DH
LOT: 650798
PER: 08/24



PPU: 168,20 DH
LOT: 650798
PER: 08/24



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebaâ Casablanca
Oflocef 1,5 mg/0,5 ml sol
auriculaire b20
P.P.V.: 70,60 DH



SYNTHERMEDIC
22 rue zoubier bneu al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR
Boite 14
64015DMP/21NRO P.P.V: 82,10 DH
6 118001 020591

LOT 211096
EXP 04 2025

P.P.V: 80,10 DH
LABORATOIRES SOTHEMA



55,00

611 80015 008 3
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.Inj.
P.P.V.: 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

