

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3009

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENAZOUZ FAIZA

Date de naissance :

1953

Adresse :

186646

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR. Afaf Refass Hadni
Oto-Rhino - Laryngologue
Al Mina Center Angle Bd. Arouad
et Bd. Abdelloumen 2ème Etage N° 23
Casablanca - Tél. 05 22 85 41 86

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 NOV. 2023

Benzagouz Faiza

Age: 70 ans

Nom et prénom du malade :

Conjoint

Enfant

Lui-même

Lien de parenté :

Affection ORL

Nature de la maladie :

Conjoint

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| NOV. 2023 | C 23 | 7 Ks | 4500 | Dr. Afaf Refass Hadni Oto-Rhino-Laryngologiste Al Mina Center Angle Bd. Anouar et Bd. Abdellmoumen 2ème Etage N° 23 Casablanca - Tel. 05 22 86 41 86 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|---|
| 258,20 | 13/11/23 | PHARMACIE CALIFORNIE AV. AL MINA Délégué en Pharmacie Bd. Panoramique Polo Casablanca - Tel. 05 22 52 19 99 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|-----------------------------|------------------------|
| MAURICE | 13/11/23 | 200 | 000 |

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 :

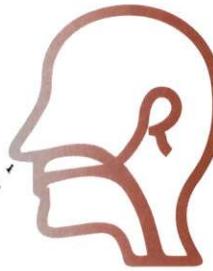
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | | H | 25533412 | 21433552 |
| | | D | 00000000 | 00000000 |
| | | B | 00000000 | 00000000 |
| | | G | 35533411 | 11433553 |
| | | H | | |
| | | D | | |
| | | B | | |
| | | G | | |
| (Création, remont, adjonction) | | | | |
| | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 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 | | | |

Dr Afaf REFASS -HADNI

Oto Rhino Laryngologie

Médecin Spécialiste en maladies & chirurgies
de l'oreille, du nez, de la gorge
de la face et du cou



د. عفاف الرفاص-حدني

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le :13/11/2023.....

NOTE D'HONORAIRES

BENAZOUZ Faiza

| | | |
|---------------------------|-----|----------|
| CONSULTATION | C23 | 300.00DH |
| MICROASPIRATION D'OREILLE | K5 | 150.00DH |
| TOTAL | | 450.00DH |

Dr Afaf Reffass Hadni
Oto-Rhino - Laryngologie
Al Miaraj Centre Angle Bd. Anoual et
Bd. Abdelmoumen 2^{ème} Etage N° 23
Casablanca - T: 05 22 86 41 86

مجمع المعراج : ملتقى شارع أنوال وشارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، الرقم 23. البيضاء

محطة ترامواي عبد المؤمن (الخط الأول) أو أنوال (الخط الثاني) .

Al Miaraj Centre : Angle Bd. Anoual et Abdelmoumen, 2^{ème} Etage, N° 23 - Casablanca
Station tramway Abdelmoumen (la ligne 1) ou Anoual (la ligne 2)

0608 51 76 28 05 22 86 41 86 refassorl@gmail.com www.orlcasablanca.com

Dr Afaf REFASS - HADNI

Oto Rhino Laryngologie

Médecin Spécialiste en maladies & chirurgies
de l'oreille, du nez, de la gorge
de la face et du cou



د. عفاف الرفاعي - حدني

طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة
الأذن، الأنف، الحنجرة، الوجه والعنق

Casablanca le : 13 novembre 2023

40.00

Mme BENAZOUZ Faiza

1/ COTIPRED CP 20 MG

S.V

79.70

3 COMPRIMES PAR JOUR LE MATIN, pendant 5 jours

S.V

2/ AZIX 500 MG / 3 CPS

1 cp par jour pendant 3 jours

S.V

119.10

3/ RISONEL SPRAY NASAL

2 PULVERISATIONS / NARINE LE MATIN ET LE SOIR,

pendant 1 Mois

19.45
258.20

Antibio syn

le gte 3 sps

alar gbs

Dr. Afaf Refass Hadni
Oto-Rhino Laryngologue
Al Miaraj Centre Angle Bd. Anoual
et Bd. Abdelmoumen 2ème Etage N° 23
Casablanca - Tel. 06 22 27 44 55

S.V

مجمع المعراب : ملتقى شارع أنواو وشارع عبد المؤمن، الطابق الثاني، الرقام، 23. البيضاء

محطة طرامواي عبد المؤمن (الخط الأول) أو أنواو (الخط الثاني)

Al Miaraj Centre : Angle Bd. Anoual et Abdelmoumen, 2^{ème} Etage, N° 23 - Casablanca

Station tramway Abdelmoumen (la ligne 1) ou Anoual (la ligne 2)

0608 51 76 28 05 22 86 41 86 refassor@gmail.com www.orlcasablanca.com

PPV: 400H00
PER: 07/26
LOT: M2402

bottu s.a.
83, Allée des Cèdres - Ain Séba - Casablanca
S. Maroc - Pharmacie Responsable

PPV 790H70
PER 05/26
LOT M1245

ANTIBIO SYNALAR

10140



N° du Lot 30746

Date Per. 03.2026

P.P.V: 119,10 DH