

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.

Éducation :

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.

Prothétique :

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 |

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

41411

Déclaration de Maladie : N° P19-0001947

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **03710**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **JENNOUSSI MOHAMED** Date de naissance : **30 JUL 1957**

Adresse : **02, Rue du Triangle Résidence Samia Fakir 5**

Tél. : **0670 93 02 05** Total des frais engagés : **# 143,63 Dhs #** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. BENYELLOUN Abdessamad
O.R.L
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
416 Bd. Abdellah Ben
Said 6^e étage 0522 25 87 29 - 06 01 09 95 98

MUPRAS

24 SEP. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : **10/07/2020**

Nom et prénom du malade : **Rahib Boumiga**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pharyngite

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 : **CASA**

Le : **07/09/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

| | |
|----------------------------------|-----------------------|
| réclamation | : contact@mupras.com |
| prise en charge | : pec@mupras.com |
| adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|--|--|
| 07 SEPT 2020 | S) | | Bd. de la CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 446, Bd. Abd... Tél : 0522 25 67 29 - 00 01 09 45 95 | DR. DE LA CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ORL CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE 446, Bd. Abd... Tél : 0522 25 67 29 - 00 01 09 45 95 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|-----------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE ABDO SOULAMAN GHIZLAANE EL KHATTABI Bou Soulaïmane El Khattabi 1^{er} Tel:0522 82 90 44</i> | <i>07/09/20</i> | <i>143.62</i> |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | 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'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL), Upper Right (UR), Lower Left (LL), and Lower Right (LR). Each tooth is represented by a circle containing a number from 1 to 8. A vertical arrow labeled 'H' points upwards through the center of the arch. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' points to the right. A vertical arrow labeled 'P' points downwards at the bottom of the arch.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

الدكتور عبد العزيز بن جلون



CENTRE BENJELLOUN D'ORL &
DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب الرباط والدار البيضاء
حاصل على شهادة جراحة تقويم وتجميل الوجه بكلية الطب
ناتسي (فرنسا)

أمراض الأنف والأذن والحنجرة
جراحة تقويم وتجميل الوجه
أمراض النوم والشخير

Docteur Abdelaziz BENJELLOUN

Professeur de l'Enseignement Supérieur
Facultés 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

Casablanca, le : 07 SEPT 2020 الدار البيضاء ، في

Radios fournis à Dr. Dhoumri

234-
R. Benjelloun 23,40
PPV 23DH40
PER 04/22
LOT 1927

23,40 x 318 = 728,1

45,20
EXP 04/2024
PPV 45,20
LOT 201087 2
gal 18 x 218 = 418,1

7B-5
LOT: GA90840
PER: 07/2021
PPV: 75 DH 00

Nager
2 inter x 218 = 436,1

143,6
PHARMACIE ABOU SOULAIMANE
GHIZLANE LARABI
Rue Abou Soulaimane El Khattabi
Casablanca - Tel: 0522 22 99 44

Dr. BENJELLOUN Abdellaziz
O.A.L.
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
416, Bd. Abdellaziz
Tel: 0522 25 67 29 - 00 01 09 95 95