

## 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

- 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-602568

56227

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>11762</b>	Société : <b>LAN</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>Youssef Benchikh</b>			
Date de naissance : <b>16/11/1974</b>			
Adresse : <b>402, lot EL Qods EL Jadid</b>			
Tél. : <b>0662061034</b> Total des frais engagés : <b>878,40 Dhs</b>			
Cadre réservé au Médecin			
Pt. H. CHELLY Centre ORL de Diagnoses et Explorations C.O.D.E.L. 14421 Casablanca Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casablanca Tél. : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 11 66 INPE : 091040949			
Cachet du médecin : <b>15/01/2021</b> <b>YOUSSEF BENCHIKH</b> Age : <b>47</b>			
Date de consultation : <b>15/01/2021</b> Nom et prénom du malade : <b>Youssef Benchikh</b> Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <b>Rechute</b> 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 Blanca**

Signature de l'adhérent(e) :

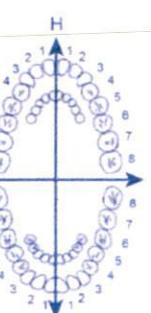
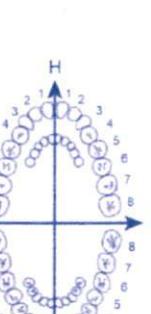
Le : **15/01/2021**



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MURIE CHARTREUSE Président	15/01/2021	178,40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.																			
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	<b>Coefficient</b> (Leave blank for O.D.F. Prostheses)															
				<b>INP :</b> <input type="text"/>															
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
<b>O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		B	00000000		00000000	35533411		11433553
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
G		B																	
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															



مركز فحص وتشخيص امراض الاذن والحنجرة الفرابي  
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA  
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

## NOTE D'HONORAIRES

Le ٢٥١٢٢٠١١

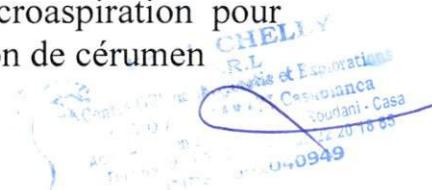
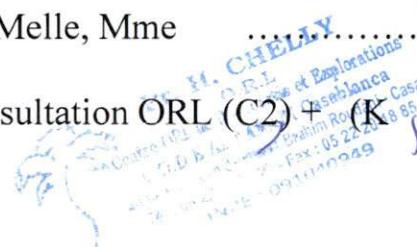
Reçu la somme de

..... ٤٠٢٠١ .....

De Mr, Melle, Mme

B. EL. CHI. OYAH YAH

Pour consultation ORL (C2) + (K) pour microaspiration pour  
bouchon de cérumen



Dr. Abdelkrim LAMRANI  
Dr. Réda MOUFFAK  
Dr. Hassan CHELLY  
Professeur Agregé  
Dr. M. Amine HESSISSEN  
Professeur Agregé  
Dr. Mohamed BENNIS  
PPV: 79,90 DH  
LOT: 614257  
PER: 09/21

Angle: Bd de la Gharbi, 1000  
Place de la Gharbi, 1000  
Tél: 0522 30 06 19  
CASABLANCA et Rue  
M. LAMRANI  
Dr. M. CHELLY  
Dr. M. HESSISSEN  
Dr. M. BENNIS

Enfant

YAHYA BERCHID

Casablanca, le .....

**CLAVULIN 500mg sachet enfant**

1 sachet matin et soir au début des repas 8 jours

79,90x2

**SOLUPRED 20 mg**

21/2 comprimés le matin pendant 5 jours

58,40

**PROLACTYS ENFANT STICK**

1 stick à diluer dans de l'eau ou du Yaourt  
à boire après le petit déjeuner pendant 10 jours

198,00

**MUXOL sirop**

1 cuil mesure 3 fois par jour 10j

38,80

**PIVALONE**

1 pulvérisation \* 4 par jour pendant 7j

24,40

**Solupred® 20mg**

PPV: 79,90 DH  
LOT: 644093  
PER: 09/21

**Professeur H. CHELLY**

Pr. H. CHELLY  
O.R.L  
Centre ORL de Diagnostic et Explorations  
C.C.D.E AL FARABI Casablanca  
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa  
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85  
INPE : 091040949

178,40

Angle  
Boulevard Brahim Roudani  
&  
7, Rue Jean Jaurès  
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20  
0522 47 30 30  
0522 47 32 32  
Fax 0522 20 18 85

cliniquespecialiseefarabi@gmail.com

IF : 14478582  
ICE : 001837199000069

24,40  
LOT:  
PER:  
PPV:

PPV(DH):  
LOT N°:  
UT. AV.:

38,80

KLW

**PROLACTYS**  
Enfant  
N'DA 20181710014DMP/20UCA/V1  
PVC : 198 dhs  
VMS  
Healthcare

ENT  
EXPLORATIONS  
DIAGNOSTIC

