

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.

Biologie 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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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

67761

CA

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010831

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 125.13 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SALEH DDI NE MARIA Date de naissance : 16/03/1981

Adresse : QASIS Square INNEUBLAC APP 02 RDC

Tél. : 06.14.4.94.6.38 Total des frais engagés : 643,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENLYAZID EL HASSANI
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la Face et du Cou
119 Bd Abdellmoumen - Casablanca
ICED019183300002 - IF147446 INPE0911 7052

Date de consultation : 12/04/2021

Nom et prénom du malade : SALEH DDI NE MARIA Age : _____

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ffecad = sll

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 01/04/2021



21 AVR. 2021

ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0010831

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____

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
12/04/2017	C		303,00	<p>Dr. BENLYAZIZ ET MESSAADI Oto-Rhino-Laryngologie Chirurgie Cancérologique de la Face et du Cou 119 Bd. Abdelmoumen Casablanca ICE001833300002 - IF:14477066 INPE:0911 J052</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
4 Bis Rue des Vanneaux Oasis Casablanca 22330292	12/04/21	343,42

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the H-G-B coordinate system for the 120-cell polytope. It features a central vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left, and a diagonal axis labeled 'B' at the bottom. The axes intersect at the center of a cluster of points. The points are arranged in concentric layers around the origin. Each point is labeled with a sequence of numbers: (1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10). The labels are oriented such that they follow the curve of each layer, starting from the top and moving clockwise.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- 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)



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

Casablanca, le 12/04/2021

MME SALEHDDINE MARIAM

35,30

- Brufen 400 mg
1 comprimé 3 fois par jour pendant 5 jours

10,20

- Dolostop 500 mg
1 cp 3 heures après Brufen pendant 5 jours

22,20

- Codoliprane 400 mg / 20 mg
1 cp 3 heures après Brufen (en même temps que Dolostop)

218,00

- Seretide aérosol 250µg/25µg
1 dose, matin, midi et soir, pendant 15 jours

15,70

- Toplexil sirop
1 mesure en cas de toux jusqu'à 4 fois par jour, pendant 1 semaine

42,00

- Omiz 20 mg
1 gélule, le soir, pendant 15 jours

T: 343,40

Dr. BENLYAZID EL HASANIA fil
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la tête et du cou
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
ICE:00191833000002 - IF:14477065 INPE:0911 J052