

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

- Reclamation : 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 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



Déclaration de Maladie

74316 N° W19-491468

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9704 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bensyoun Abellouayim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666813317 Total des frais engagés : 150 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/06/2021

Nom et prénom du malade : Bensyoun Ghislaine

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : O.R.C.

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) :

Le : / /

Stamp: MUPRAS

Stamp: 14 JUIN 2021

Stamp: ACCUEIL

Stamp: 14 JUIN 2021

Stamp: MUPRAS

Stamp: ACCUEIL

Stamp: 14 JUIN 2021

RELEVÉ 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
03/09/2019	Chirurgie	15/17	5	INP : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Hôpital Universitaire de Bourgogne Pr. Ass. H.A. ORL et BOURGOGNE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

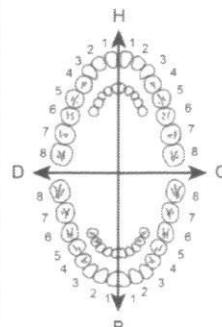
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

ACCESSOIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	16/07/2011					1600 H

VOLET ADHERENT

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

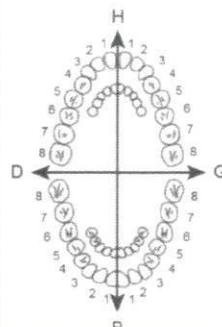


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

23/04/2021

Nelle Ghilo Berhaysen

Fait le 11/04/2021

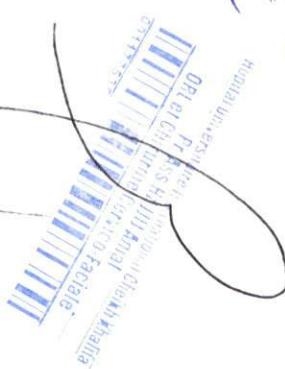
Endoscopie Nasale

Per Cendri

Nabil

le 28/04/2021

11/06/2021



(Honoraires
Catégorie)

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **69 357 / 2021** du **11/06/2021**

Nom patient : **BENHAYOUN GHITA**

Entrée **11/06/2021**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **11/06/2021**

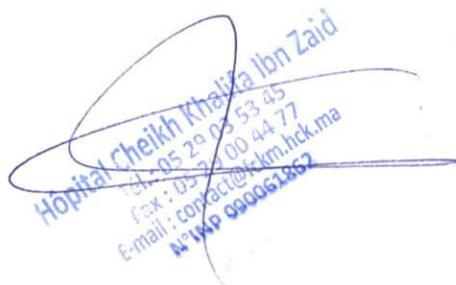
	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Frais clinique	1,00		150,00 Sous-Total	150,00 150,00
Total Frais Clinique				150,00
PRESTATIONS EXTERNES				
PR. HAJJI AMAL (orl)	1,00		250,00	250,00
PR. HAJJI AMAL (orl)	1,00	D	-250,00 Sous-Total	-250,00 0,00
Total prestations externes				0,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT CINQUANTE DIRHAMS

Total **150,00**

Encaissements					Total encaissé	Solde
						150,00



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
 Tel: 05 29 03 53 45
 Fax: 05 22 89 28 54
 E-mail: contact@ckm.hck.ma
 N°INP 090061862

Casablanca, le vendredi 11 juin 2021

Compte rendu de la NASOFIBROSCOPIE

Identification du Patient	Information sur le Séjour
Nom : BENHAYOUN	Médecin traitant :
Prénom : Ghita	Service d'hospitalisation : ORL
Age : 18 ans	IPP du patient : 180917091351SO
Sexe : Masculin	NDA séjour : 2100356997
Adresse : Res karim 2 nr 76 rue ahmed el kadmiri apt 6 val f	Entrée le : 11/06/2021
N° Tél : 06.69.01.54.34	Sortie le :

anesthésie locale par méchage à la xylocaïne à la NAPHAZOLINE

pénétration du NASOFIBROSCOPIE note:

Le long des fosses nasales une muqueuse de coloration et d'aspect: congestive
Déviation septale gauche antérieure arrivant à la jonction chondro-vomérienne avec pied de cloison à droite

Les méats moyens, les cornets: libres

Cavum: libres

Les orifices de la trompe d'eustache: libres

Amygdales:

L'EXAMEN LARYNX ET DU LARYNX ET DU PHARYNX MONTRE :

Aspect du larynx:

La mobilité des deux cordes vocales:

Les sinus piriformes la bouche de l'œsophage la base de la langue:

Conclusion de la NASOFIBROSCOPIE:

Signature :