

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-630350

82278

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a) : CH RMA 52391

Matricule : CH RMA Société : ASJEL FATI AH

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CH RMA

Date de naissance : 06/11/1967

Adresse : 066/178167

Tel : 066/178167 Total des frais engagés : _____ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : Dr. BENLYZID EL HAS SANI A III

Cachet du médecin : Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Otorhinolaryngologique de la Face et du Cou
119, Bd. Mohammed VI - Casablanca
ICE001918333000000 - IF:14477085 - INPE0911 1052

Date de consultation : 18/07/2021

Nom et prénom du malade : BOULFRONTI NARJISSE Age : _____

Lien de parenté : ☐ lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection ORL

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 : W21 Le : 18/07/2021

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Continent	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
19/07/21	C2		2000,00	Dr. BENLYAZID A. SANJAJI Oto-Rhino-Laryngologie Casablanca
19/07/21	D363		6000,00	Dr. BENLYAZID A. SANJAJI Oto-Rhino-Laryngologie Casablanca
	K25			

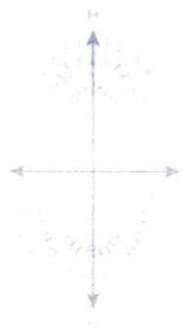
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

— 30 — *Annuaire des Honoraires des Dentistes de la Région de Paris* — 1950 — *Paris* — *Imprimerie de la Région de Paris*

Important :

— 30 — *Annuaire des Honoraires des Dentistes de la Région de Paris* — 1950 — *Paris* — *Imprimerie de la Région de Paris*

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			EST :
				EST :
	[Circulation, remaniement, adjonction]			EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :
				EST :

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 (بتور فرنسا)

Casablanca, le19/07/2021.....

Facture

MME BOUIFROURI NARJISSE

Acte

Consultation spécialisée (C2)

QTE

Honoraire

1 300,00 Dh

Audiométrie complète (D363/K25)

1 600,00 Dh

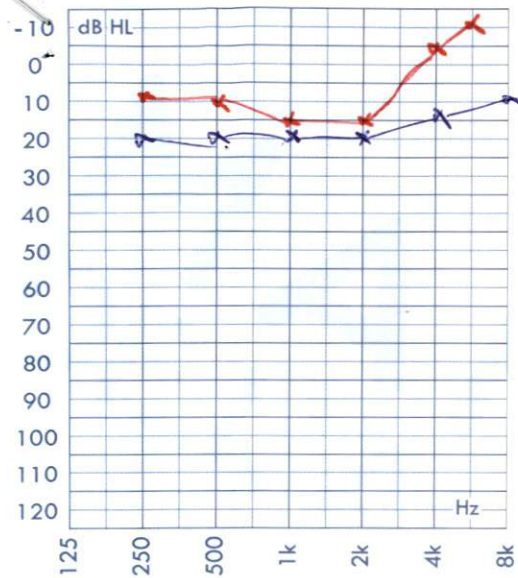
Total

900,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
neuf cents dirham(s)

Dr. BENLYAZID
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Cancérologique de la face et du cou
119, Bd Abdelmoumen, Casablanca
ICE00191833000002 / IF: 14477065 / INPE: 091169052

Audiomètre Oreille Droite 19/07/21

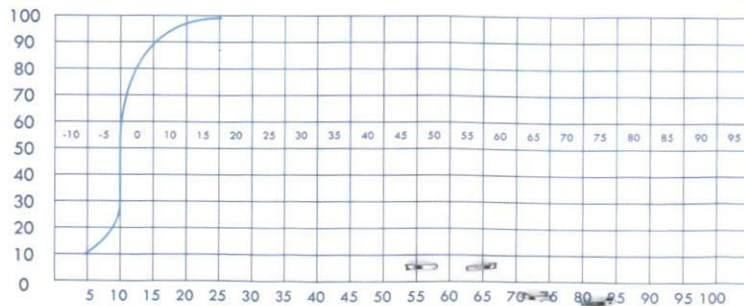
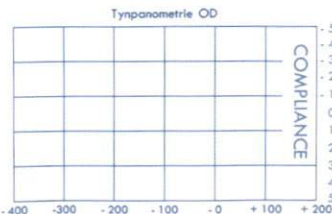
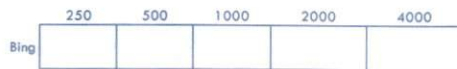


Nasya al Seb
BOUIFROURI NARJISSE

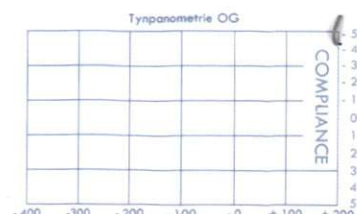
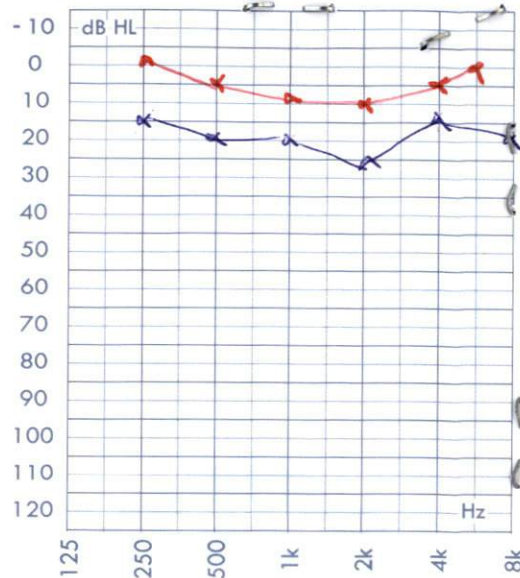
Perte Auditive

	O.D.	O.G.
500	25	20
1000	25	25
2000	25	25
4000	25	30
Totaux	25	25

Total
Perte
Binaurale
en %



Audiomètre Oreille Gauche



MAICO MI 24

No. 9006740

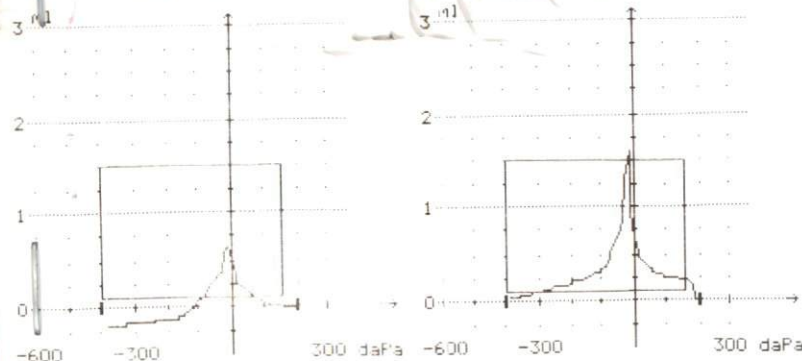
Id. No.: _____ Date: 19/07/21
 Nom: Mr Bougrouri NARJESS
 Examineur: _____
 Remarques: _____

Dr. BENLYAZID EL HASANI / III
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Otorhinolaryngologique de la Face et du Cou
 119, Lx Moumen - Casablanca
 KE00191833000002 - IF:14477065 - INPE0911 / 052

226 Hz Tympanometrie

Droite

Gauche



Volume 0.84 ml
 Compliance 0.63 ml
 Pression -9 daPa
 Gradient 51 daPa

Volume 0.97 ml
 Compliance 1.60 ml
 Pression -18 daPa
 Gradient 30 daPa

RAMME

Date: 19/07/21

Dr. BENLYAZID EL HASANI / III
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Chirurgie Otorhinolaryngologique de la Face et du Cou
 119, Lx Moumen - Casablanca
 KE00191833000002 - IF:14477065 - INPE0911 / 052