

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 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

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-650058

82496

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 72591		Société : RAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN JELLOUN ABDALLAH			
Date de naissance : 15/02/88			
Adresse : Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca			
Tél. : 05 22 20 45 45		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 	
Date de consultation :	14/08/2021
Nom et prénom du malade :	Ben Jelloun Abdellah
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 : _____ Le : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-650058
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
14/08/21	CG	0		INP : BERRADA SOUFI Spécialiste en ORL gynécastique Esthétique et Maxillo-Faciale

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Zakia CHAGUITA Spécialiste en Imagerie Médicale Rue Socrate - Casablanca Tél : 05.22.39.07.07	25/12/2011	100	900,-

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

VOLET ADHERENT

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES													
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
				<table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
				25533412	21433552												
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS																	
DATE DU DEVIS																	
DATE DE L'EXECUTION																	

مصحة بوسيجور

CLINIQUE O.R.L. MAXILLO-FACIALE ET ESTHÉTIQUE BEAUSEJOUR

Dr F. MEKOUAR
O.R.L.

Dr B. MOKRIM
Prof agrégé en O.R.L.

Dr K. YOUSSEFI
O.R.L.
Immuno-allergologie

Dr M. BERRADA
SOUNNI
O.R.L.
Chirurgie Maxillo-Faciale
et Esthétique

Dr. Zakia CHAOUI TAZI
Spécialiste en Imagerie Médicale
4. Rue Socrate - Casablanca
Tél : 05 22 39 07 07

14/08/21

Lejolien Adel

Blonde des Corne

RD de Septoplastie + chirurgie
endonasale pour polyposie
nasopharyngée + ostéotomie.

Scotter de centre

Dr. M. BERRADA SOUNNI
Spécialiste en ORL
Chirurgie Plastique Esthétique
et Maxillo - Faciale
Clinique O.R.L Beausejour

GROUPÉ RADILOGIQUE DE CASABLANCA
SCANNER - IRM
CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 25/08/2021

Reçu N° 210825016

M ou Mme : **BENJELLOUN ABDELLAH**

Examen(s) demandé(s) :

BLONDEAU SCANNER

Soit un montant total de : **900.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

NEUF CENTS DIRHAMS

Dr. ZAKI CHAOUI TAZI
Spécialiste en Imagerie Médicale
4, Rue Socrate - Casablanca
Tel. 0522 3907.07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07
Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

ICE:
001664840000090

GROUPÉ RADILOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADILOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani

Dr. H. Bengelloun

Dr. Z. Tazi chaoui

25/08/2021

PATIENT

BENJELLOUN ABDELLAH

MEDECIN TRAITANT

BERRADA SOUNNI M

BLONDEAU SCANNER :

TECHNIQUE :

Examen TDM pratiqué en coupes axiales de 1 mm tous les 1mm des sinus de la face, avec reconstructions sagittales, coronales et axiales.

RESULTATS.

Epaississement muqueux en cadre des deux sinus maxillaires.

Déhiscence post-chirurgicale de la paroi interne du sinus maxillaire droit.

Hypertrophie du cornet inférieur gauche.

Épaississement muqueux en cadre des cellules ethmoïdales et du sinus sphénoïdal de même que du sinus frontal.

Absence d'atteinte osseuse. Absence d'épanchement liquide

PR. Z. TAZI CHAOUI
Dr. Zazia CHAOUI
Spécialiste en Imagerie Médicale
1, Rue Socrate Casablanca
Tél. 05 22 39 07 07