

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

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.

## **ntaire :**

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

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

 **Maladie** **Dentaire** **Optique** **Autres**

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2731

Société :

 **Actif** **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom &amp; Prénom :

15/03/56

Date de naissance :

Adresse : HABITUELLETél. 06 24 60 60 38

Total des frais engagés :

Dhs

## **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Dr. BENJELLOUN Naiib  
SPECIALISTE ORT  
235, Boulevard Yacoub El Mansour  
AI AL, No 5 - 2ème Etage  
Résidence Al Afaf  
95.19.80/90 - CASABLANCA

Date de consultation : 20/01/22Nom et prénom du malade : Ali Ismail Catifa Age : 66 ansLien de parenté :  **Lui-même** **Conjoint** **Enfant**Nature de la maladie : Rhino pharyngite

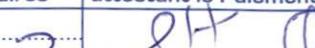
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CHSKLe : 01/03/22Signature de l'adhérent(e) : Ali

## **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
20/02/22	Ch	300	300 HT	 

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.2.22	595,30

## **ANALYSES - RADIographies**

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

## **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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
D 00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# CABINET O.R.L

**Docteur Najib BENJELLOUN**  
**SPECIALISTE O.R.L.**  
**OTORHINO - LARYNGOLOGIE**

Maladie et Chirurgie Oreille, Nez Gorge  
 Chirurgie de la Face du Cou  
 Exploration et Chirurgie de la Surdité et des Vertiges  
 Ex. Médecin à L'Hôpital 20 Août, Casablanca  
 Ex. Chef de Service O.R.L. à L'Hôpital Hassan II, Settat

**الدكتور نجيب بن جلون**

إخلاصي في أمراض و جراحة

الأذن - الأنف والحنجرة

جراحة الوجه و العنق

تشخيص و جراحة الصم و الدوخة

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

رئيس قسم أمراض و جراحة الأذن - الأنف و الحنجرة

بمستشفى الحسن الثاني بسطات سابق

Casablanca, le : ..... 20 JAN 2022 .....

الدار البيضاء في

Mme HICHAM. Latifa



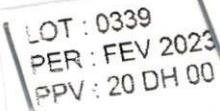
① AVAMYS

115,00 2 b souffle le matin

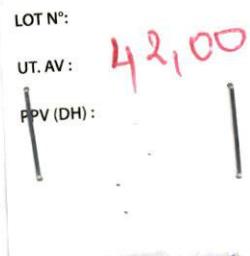


② Singulair 50

357,00 1 tablet le soir / 30



③ Désinfl 20  
465,00 4 cp le matin



④ Somadol extra

20,00 2cp Mcts/0x1

Dr. BENJELLOUN Najib  
SPECIALISTE O.R.L.  
235, Boulevard Yacoub EL Mansour  
App. No 5 - 2ème Etage  
résidence Al Anfal - CASABLANCA

05 22 95 12 89 , شارع يعقوب المنصور إقامة الأنفال - شقة 5 - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف : 235 , Bd Yacoub EL Mansour - Résidence Al Anfal, App. 5 - 2ème Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 89

⑤ SAZ 500 mg.

60,00

1 kg ; 08,

⑥ Voltarenem LP 100 mg

51,30

1 kg ; 08,

TOTAL = 595,30



6 118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.

Montelukast sodique.

Boîte de 28 comprimés pelliculés.

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

P.P.V: 307,00 DH

AMM 006DMP/21/NCI

7477310514-1



6 118001 030040

VOLTARENEM LP 100 mg

Comprimé pelliculé

PPV : 51,30 DH

1232204 MA TA