

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-713102

(Majib)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2340	Société :	DAPI
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Retraite
Nom & Prénom : ALAMI KHALID			
Date de naissance : 10.3.55			
Adresse : 2 Lot LAIRIEN 04314			
Tél. :	0614 446 94	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation / Refus : 00000000000000000000000000000000	Cadre réservé au Médecin	
	DR. BENJELLOUN Najib	SPECIALISTE ORL
Cachet du médecin : 235 Boulevard Yacoub El Mansour Appr. No 5 - 2 ^e me Etage Résidence ALLAI BEN ABDELLAH 1. 95.19.89 / 90 CASABLANCA		
Date de consultation :	26.06.2022	
Nom et prénom du malade :	ALAMI KHALID	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Sinusite ?	
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 : / /

[Signature]



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
13.06.2022	G		3000.00	INP : 091083976 REJELLOUN Nabil PHYSIOTHERAPEUTE El MANSOUR Signature

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																												
Le praticien est tenu 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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																								
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																											
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000																																	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																																									
	25533412	00000000	21433552	00000000																																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																												

M U P R A S

N° Admission : 22006289 N° Facture : 22006107 Date facturati-15/06/2022

Nom et prénom du patient : Mr ALAMI CHAMS KAMAL

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
SCAN BLONDEAU	1.00	640.00	640.00
Sous-Total			640.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent quarante dirhams Total : **640.00DH**

Adhérent :	MR ALAMI CHAMS KAMAL	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	0002340	Part patient :	640.00 DH
PC N° :			



www.anoual.ma | E-mail : contact@anoual.ma

111, Boulevard Anoual | Casablanca | 0522 86 09 99 - 0522 86 09 89 - 0522 86 09 79 - 0522 86 29 00

06 63 57 42 60 06 63 57 42 60

TP : 36362330 | IF : 01084158 | CNSS : 2103844 | ICE : 001614 006 0000 58 | RIB Banque Populaire : 190 780 21211 1158467 000 921

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
اختصاصي في أمراض وجراحة
الأذن - الأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
تشخيص وجراحة الصم والدوخة

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء
رئيس قسم أمراض وجراحة الأذن - الأنف والحنجرة
بمستشفى الحسن الثاني بسطات سابق

Casablanca, le : 13 JUIN 2022 الدار البيضاء في

Mr Ahami KAMAL

Blondeau Stanner

Dr. Belhaj Soulami Abdellilah
Médecin Radiologue

Dr. BENJELLOUN Najib
SPECIALISTE ORL
235, Boulevard Yacoub EL Mansour
Appt. No 5 - 2ème Etage
Résidence Al Anfal
tél. 95.12.89 / 90 - CASABLANCA

Casablanca, le 15 Juin 2022

DR BENJELLOUN NAJIB

MR. ALAMI CHAMS KAMAL

COMPTE RENDU

BLONDEAU SCANNER

Technique :

- Acquisition volumique en mode spiralé sans injection de contraste.
- Reconstruction axiale et coronale en 0,6 mm d'épaisseur jointive.
- Les images sont traitées en fenêtres appropriées.

Résultat:

- Bonne pneumatisation et bonne aération des sinus frontaux, des cellules sphénoïdales, ethmoïdales et maxillaires.
- Pas d'épaississement muqueux ni niveau hydroaérique visible.
- Formation polypoïde du sinus maxillaire droit de (11 x 9 mm) polype de Killian.
- Absence de matériel dentaire visualisé dans le fond des sinus maxillaires.
- Déviation vers la droite de la cloison nasale.
- Pas de lésion lytique ou ostéocondensante suspecte.

Au total :

- Absence de signe de sinusite.
- Polype du sinus maxillaire droit.
- Déviation de la cloison nasale vers la droite.

DR A. BELHAJ SOULAMI

Dr. Belhaj Soulamy Abdellah
Médecin Radiologue