

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2812 Société : RAF

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ben Hamman Jellounia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661422452

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. **BENJELLOUN Najib**  
SPECIALISTE ORL  
235, Boulevard Yacoub El Mansour  
Appt. No 5 - 2ème Etage  
Résidence Al Anfal  
25.12.89/90 - CASABLANCA

Date de consultation : 05 JUIL 2022

Nom et prénom du malade : BENHAMMAN JELLOUNIA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

otopharyngite

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

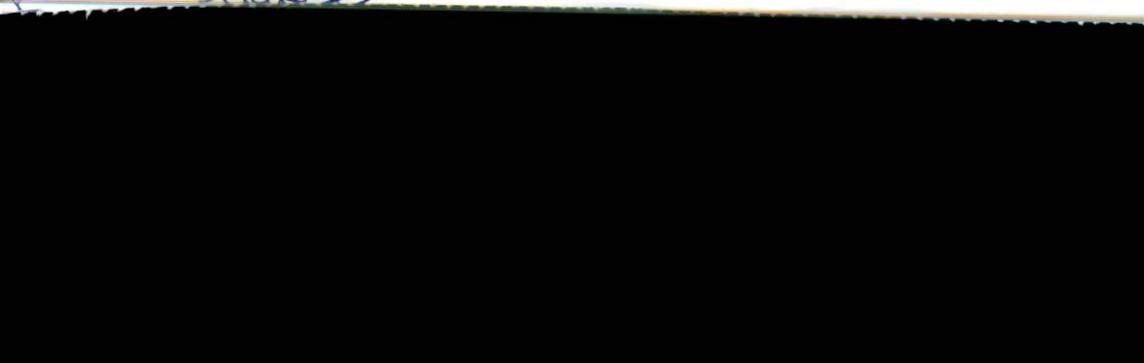
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



## 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
15 JUIL 2022	63		300 DHS	REFILLOUN Najih Najib OULD EL MANSOUR Stage

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE DES PRELES</b> <b>OUAZZANI Touhami Karim</b> 18 Rue Brahim Nakhai Yacoub El Mansour - Casablanca Tel/Fax 05 22 23 40 33	01/08/20	BDP Réf. 90 1. 95.12.80 / 90 208,6

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 de l'ODF.

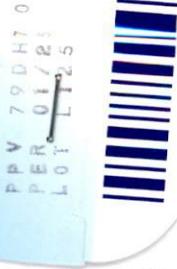
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]												
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]												
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]												
				FIN D'EXECUTION [Empty box]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [Empty box]												
				DATE DU DEVIS [Empty box]												
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]												

# CABINET ORL

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

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

79,70



Casablanca, le : ..... 5 JUILLET 2022 ..... الدار البيضاء في

**الدكتور نجيب بن جلون**

إخلاصي في أمراض و جراحة

الأذن - الأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

تشخيص و جراحة الصم والدوخة

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالدار البيضاء

رئيس قسم أمراض و جراحة الأذن - الأنف والحنجرة

بمستشفى الحسن الثاني بسطات سابق

Najib BENJELLOUN

PHARMACIE DES PRELES  
 QUAZZANI Touhami Karim  
 18, Rue Brahim Nakhal  
 Yacoub El Mansour - Casablanca  
 Tél/Fax 05 22 23 40 33

DIFAL  
 Diclofénac sodique 50 mg  
 Boîte de 30 comprimés  
 P.P.V. : 44,20 DH  
 6 118000 190349



6 118000 190349

②

Difal 50



103,

③

Zen mag



3x10



LOT 21245/FC18  
 08/2024 PPC 84 70

Dr. BENJELLOUN Najib  
 SPECIALISTE ORL  
 235, Boulevard Yacoub El Mansour  
 App. N° 5 - 2ème Etage  
 Résidence Al Anfal  
 Tel. 05.19.89 / 90 - 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