

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-494634

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9399	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AFAKHRI HICHAM
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Télé. :	06 61 10 96 69	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<b>PT. A. BENGHALEM</b> Professeur Agrégé Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale 58, Bd. Rachidi Casa - Tél. : 05 22 48 63 05 CE : 001711024000057 - INPE : 091022103			
Date de consultation :	15 NOV 2023	Age :	
Nom et prénom du malade :			
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 : 0950 Le : 14, Nov 2023

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 NOV 2023	63	1422,00		Pr. A. BENGHALEM Professeur Agrégé Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale 52, Bd. Rachidi'Casa - tél: 05 22 48 65 65 CE : 00171102400057 - INPE : 091022103

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. A. BENGHALEM</i> Date : 15/11/23	15/11/23	1422,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/11/23	0001	0000

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
B	35533411	11433553	DATE DU DEVIS [REDACTED]
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet  
d'Implantation  
Cochléaire

Cabinet Spécialisé  
en ORL

# الدكتور عبد الحميد بنغالم

أستاذ مبرز

أمراض وجراحة الأذن والأنف والحنجرة

عضو الأكاديمية الفرنسية

مقيم سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس

عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة

**smorl, pafos, siforl**

رئيس سابق

كاتب عام و عضو المكتب التنفيذي العالمي

Docteur Abdelhamid BENGHALEM

PROFESSEUR AGREGE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

CHIRURGIE MAXILLO-FACIAL

Ancien Résident du Collège  
de Médecine des Hôpitaux de Paris

**MEMBRE DE L'EAONO**

Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL

Secrétaire Général MAFOS

Secrétaire Régional IFOS

الدار البيضاء في ..... Casablanca, le .....

15/11/2023

AFAKHRI Lina

No - x3 .

1) METANAZ 1 pulv 2 FOIS PAR JOURS PENDANT 3 MOIS

36,20 x2 .

2) AERIUS SIROP 1 cuillère à mesure LE SOIR PDT 3 MOIS

19,40 3) ANTIBIOSYNALAR 5 Gttes 3 fois/J pdt 1 SEMAINE OREILLE GA

F = 421,80

Professeur BENGHALEM

Dr. A. BENGHALEM  
Professeur Agrégé  
Chirurgie ORL / Maxillo  
58 Bd Rachidi Casab - Tél : 05  
ICE : 001711024000057 INPE

Lot :

Per :

PPV :

36,20

PHARMACIE LES JARDINS  
DE L'OCEAN RAY Sarl Au  
Route d'Ammour Km 15  
Casablanca  
Bd Bouale - 290829  
Tél : 05 27 290829  
05 27 29560411

Lot :

Per :

PPV :

36,20

ANTIBIO SYNALAR

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél.: 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05

05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - الدار البيضاء - الهاون: 58. شارع الراشدي - ساحة الأخوة

58, Bd. Rachidi - Place de la Fraternité - Casablanca - Tél.: 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Wathsapp : E-mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057 / INPE : 091022103