

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° S19-0047759

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13.18.1 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Aoua Benchahid Nijan Date de naissance : 11/11/1994

Adresse :

Tél. : 06.58.36.72.26 Total des frais engagés : 388,40 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr BENLYAZID EL HASSANI Adil  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cancerologie de la Face et le cou  
119, Bd Abdelloumen, Casablanca  
ICE : 00191833300002 - IF : 14477065

Date de consultation : 07/02/2012 N° P : 091169052

Nom et prénom du malade : EL AOUA BEN CHADNIA B Age :

Lui-même

Comptoir

Enfant

Lien de parenté :

Elle est ma mère

Nature de la maladie :

Alzheimer

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 : Casablanca

Le : 04/03/2012

Signature de l'adhérent(e) : Mijan

Conjoint RAM  
N° : 13411

797824

### 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
07/02/24			300,00	Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil Oto-Rhino-Laryngologie Chirurgie Cancérologie de la Face et le cou 119, Bd Abdelmoumen, Casablanca TÉL : 00191833300002 - F: 14477065 INPE : 091169052

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU TROIS HAMOUDI Farha	07/02/24	48,90
	07/02/24	39,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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	Coefficient des Travaux
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 in both upper and lower arches, with a central vertical line and arrows pointing to D, G, and B. The letter H is at the top left."/				

- Oto-Rhino-Laryngologie
- Chirurgie Cancérologique
- Chirurgie de la face et du cou
- Ancien chef de clinique (C.H.U de Tours-France)
- Ancien Praticien à l'Institut Claudius Regaud (Toulouse-France)

اختصاصي في أمراض و جراحة  
الأنف، الأنف و الحنجرة  
اختصاصي في جراحة السرطان  
جراحة أعضاء الوجه و العنق  
رئيس سابق في كلية الطب (بيور فرنسا)



Casablanca, le .....  
07/02/2024

## MR EL ALAOUI BENCHAD NIZAR

- **Algofene 400 mg**  
30.00 1 comprimé, matin, midi, soir, pendant 5 jours
- **Codamol.**  
39.50 1 à 2 cp si douleur jusqu'à 3 fois par jour
- **Enrouex**  
1 mesure matin midi et soir , pendant 1 semaine(s)
- **Bucco-Thymol**  
87.90 1 gargarisme , Jusqu'à 4 fois par jour avant les repas, pendant 1 semaine(s)

48.30

Dr. BENLYAZID EL HASSANI Adil  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Chirurgie Cancérologie de la Face et le cou  
119, Bd : El Housseyni, Casablanca  
ICE : 001918333000002 / IF : 14477065  
INPE : 091169052

شارع عبد المؤمن، الطابق 3 رقم 26 الدار البيضاء  
Pharmacie ABDELMOUNEN  
El Housseyni  
Pharmacie BENNAI  
119 Bd Abdellatif Ben Housseyni  
Tél : 05 22 47 55 39 / GSM : 06 62 63 07 03 – E-mail : drbenlyazid@gmail.com  
INPE : 091169052

# Algofene®

Ibuprofène

400mg

LOT: 6826  
PER: 08-26  
PPV: 30DH00



6

118000 197869

18,90

