

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.

Pathologie 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.

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.

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

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 37A0 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DENNOURI MOSTAFA

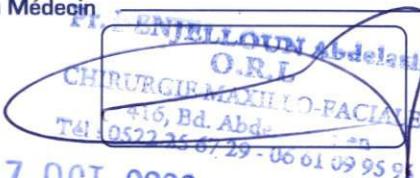
Date de naissance : 30-07-1957

Adresse : 02 RUE DU TIGRE RÉSIDENCE SAMIA S 2 ET APP. 11
MANS SULTAN CASABLANCA

Tél. : 067093 02 05 Total des frais engagés : 149,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/7/2020

Nom et prénom du malade : Rendopharyngite Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : Casablanca, 27/10/2020

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:
07 OCT 2020	CS	G		DR. ENJELLOU ABDELLAH Q.R.L. CHIRURGE MAXILLOFACIALE 416, Bd. Abdeslam 1310523256729 - 06 81 04 95 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>DR. ENJELLOU ABDELLAH</i>	07/10/20	149,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		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.

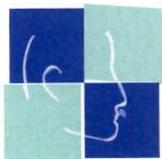
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553			
	G				
	D				
	B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE BENJELLOUN D'ORL & DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

الدكتور عبد العزيز بن جلون

استاذ التعليم العالي بكليات الطب الرباط والدار البيضاء
حاصل على شهادة جراحة تقويم وتجميل الوجه بكلية الطب
نانيسي (فرنسا)

أمراض الأنف والأذن والحنجرة

Docteur Abdelaziz BENJELLOUN

Professeur de l'Enseignement Supérieur
Facultés de Médecine de Rabat et Casablanca
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Nancy - France

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie MaxilloFaciale
Chirurgie Plastique et Esthétique de la Face
Troubles du Sommeil et Ronflements

Casablanca, le : 07 OCT 2020 الدار البيضاء ، في

Rad: J. Sonsgaard, Eg. Dernars

149,00

16

Bullock No. 1

2 pul. x 2 18.

LOT:0036N014
EXP:06/2021
PPV:149DH00

2 April 1989

2 gal. x 718 x 18

Pr. BENJELLOUN Abdellatif
O.R.L
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
416, Bd. Abdellatif
Tél : 0522 25 67 29 - 06 01 09 95 93