

# 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
- 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° W21-827727

185688

Optique

A

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 846 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENAMAR HILMI OMAR

Date de naissance : 04/04/1985

Adresse : 214 BD ABDELMOUNI AG RUB IMAM

DAUSSAIFI APT. 12 CASA

Tél. : 0661 118 221 Total des frais engagés : 2253,40 DH

### Cadre réservé au Médecin

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca

Cachet du médecin : *20/11/19023*

Date de consultation : *20/11/19023*

Nom et prénom du malade : *Hilmi Benamer Omar* Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : *Maladie 108*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Quintal de la maladie*

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at

meilleur conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *Casa Blanca* Le : *01/12/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-827727

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

## 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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>Pharmacie JANTZEN</i></p> <p><i>BELHABIB S.</i></p> <p><i>PT. EN PHARMACEUTIQUE</i></p> <p><i>100, Avenue France Ville</i></p> <p><i>Fax : 36.06.34 - Gouraud</i></p>	<p><i>01/12/23</i></p>	<p><i>58140</i></p> <p><i>NPE:092035401</i></p>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Centre Dentaire

**Dr. Benjelloun Saad**

Médecin Dentiste



Dr. Saad Benjelloun  
CHIRURGIEN DENTISTE

LOT : 6181  
PER : 07 - 26  
P.P.V : 36 DH 40

Casablanca le: 01/19/2023

## ORDONNANCE

221.00

- Cedel (100g)



M. Benjelloun  
Habib  
Dent

dogue DH p 1127

361.40

- Kipred (20g)



Pharma  
BELN  
Dr. ZN  
22. Rue Lalla  
Talatouf

581.40

Dr. BENJELLOUN  
Chirurgien  
24 Rue 6, D  
1er Etage - Casablanca



24 RUE 6 derb foukara , 1er étage. Casablanca / Tél: 05 20 08 5757

GSM: 06 64 05 00 35 / Email: drbenjellounsaad@gmail.com

Facture N°: 112 / 2023

Dr: BENJELLOUN SAAD

Je soussigné, Chirurgien Dentiste, Certifié envoie reçu Monsieur

Benjelloun Pour:

Habous

24, Rue 6, Derb Fokara  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca

Soins

Prothèse

ODF

Implant

Dont le travail est achevé à la date du: 01 / 12 / 2023

et dont le montant est arrêté à la somme de: 12000,-

Deux mille deux cent dirhams

Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca

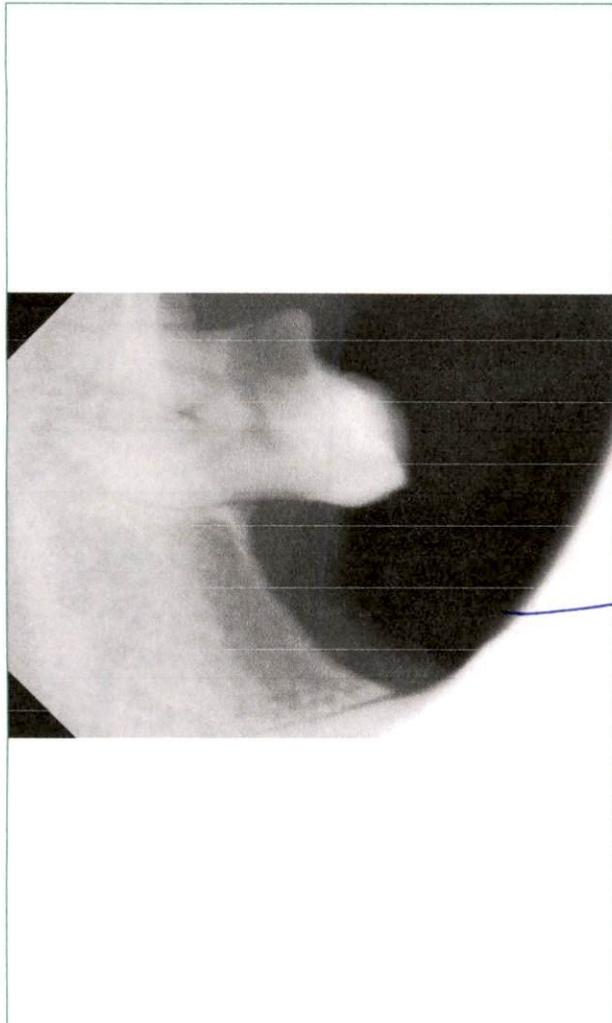
BMCE Agence Habous

Compte N°: 6401178000 0034 2000 00841176

01/12/2023

Chart No: 20231201\_121033

Name: benamar hlimi omar Gender: Homme Age: 0Y



*S* 48 avant .

*[Handwritten signature]*  
Dr: BENJELLOUN SAAD  
Chirurgien Dentiste  
24, Rue 6, Derb Fokara  
1<sup>er</sup> Etage - Casablanca