

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

6609 RAM ND 199/199

6609 Société : Actif Pensionné(e) Autre : Nom & Prénom : ECH-CHA'DLI ELHOUSSAIN

01/07/1952 Date de naissance : Adresse : 20 Rue lebouerd de Vinci DR. CHAUFFE

CASABLANCA Tél. : 0661350255 Total des frais engagés : 574,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
CARDIOLOGUE
Bd Al Oods (Ain Chock)
511 Jardin Al Oods, Casablanca Appart 88
En Face du Centre Commercial et Copropriété
Téléphone : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18

Cachet du médecin :

01/01/2021 Dr Echcha'dli E. Houssain

Nom et prénom du malade : Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 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 : CASABLANCA 15 MAR 2024 Le : 08/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

MUPRAS

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
CHAMMACIE WATO 153, Rue Habach Bd Day Ould Sidi el Ghellaf - 90000 ALGERIA	08/04/24	574,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G		
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والضغط الدموي - الكوليسترول

التحفيظ الكهربائي للقلب، الهولتر

الافتراضي بالصدى

بوردو

**PHARMACIE LOT : 6709
UT.AV : 08-26
PPV : 22DH70**

Casablanca, le 08.01.2024

Dr Ech-chabli El Houssem

22.70 - Phenoxycarb, 1x10 (1/1)

79.70x2 - Azox 500, 1 (2)

180,00 x2 - Tedy 16: 1 (1)

32,60 - Moxal 6g, 1 (1)

544,70

(54)

PHARMACIE WATO

153, Rue Habacha
(Bd Day Ould Sidi Baba)
Derb Ghellaf - Casablanca
Tél: 0522 52 45 40

*Dr. BENJELLOUN Mohammed
Bd Al Qods (Anf. C)
511 Jardin Al Qods Californie
(En Face poste Police et comm.
Tél: 0522 52 57 45 - G*

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessi
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660

E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com

موكسول®

أسيتروكسول

بدون سكر

PPV (DH) :

313 - 4

LOT N° :

UT. AV. :

32,60

**PPV 79DH70
PER 06/26
LOT L2208 79DH70**

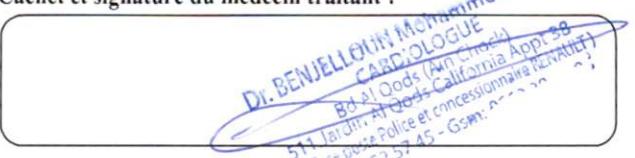
**PPV 79DH70
PER 06/26
LOT M2208 79DH70**

**6118001030309
TAREG 160 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH**

**6118001030309
TAREG 160 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH**

**6118001030309
TAREG 160 mg
28 comprimés pelliculés
PPV : 180.30 DH**

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : <u>ECH-CHADLI El Houssain</u>	
Matricule : <u>6609</u>	N° CIN : <u>B 402 421.</u>
Adresse : <u>50 Rue lèopard de l'Amazzone de GHAFF CASA.</u>	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE :	N° INPE : <u>09 M 8815</u>
Certifie que Mlle, Mme, M. : <u>Ech-chadli El Houssain</u>	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie <u>6 mois, et renouveler</u>	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <u>HJA</u>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitements prescrits : <u>ordonnance</u>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <u>Casa</u> le <u>08/21/2014</u>	
Cachet et signature du médecin traitant : 	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées