

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.

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



14482

Déclaration de Maladie : N° P19- 0010093

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Hamilou Bendoud Date de naissance : 1952
Adresse : D. Moua H30 ALWafa
Tél. : 08.08.54.88.62 Total des frais engagés : 1106,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR NADIA BENJELLOUN. H.
MEDECINE GENERALE
648, BD. 6 NOVEMBRE 1975
HAY JA'WADI - CASABLANCA
TEL: 022 37 35 95

Date de consultation : 09/10/2019
Nom et prénom du malade : HAMILOU BENDOU
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Gène de l'ADP - 2 - vanes
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 : 08/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
09.10.19	C2		150.00	
22.11.19			6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/11/19	900.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

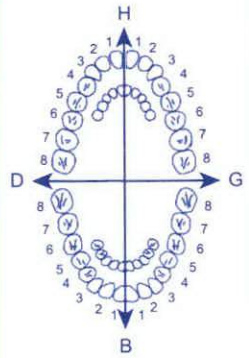
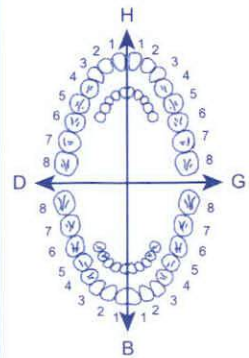
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nadia BENJELLOUN H.

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE CLINIQUE

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Montpellier

Expert Assermentée Prés les Tribunaux

CU "Douleur et Soins de Support"

الدكتورة نادية بنجلون ح.

الطب العام

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بمونبوتشي

خبيرة محلقة لدى المحاكم

"الألم و العلاج بالدعم"

Casablanca, le 09.10.19 في الدار البيضاء.

M = ZAKIA ZAKIA

100.00 x 84.00
u M. Cartesane 400

100.00 : 14 x 2 g of 5 mg x 3 mois

21 Brex of 5 mg

14 g of 5 mg

24/12/70
24/12/70 Soflon 500

2700
14 x 2 g of 5 mg x 1 mois

41 Venoxyl

T 906.90 ma app asce la

PHARMACIE EL OUMMA
244 LOT
DEROUA
Dr. Othmane
Tel: 05 22 37 35 95

Dr. Nadia BENJELLOUN H.
"Douleurs et Soins de Support"
الدكتورة نادية بنجلون ح.

648, Bd. du 6 Novembre 1975 - Hay Jawadi - Sidi Othman

Tél.: 05 22 37 35 95 - E-mail : nadiabenjellounh@

VENOXYL
59 01 22
LOT PER
Prix 75,00

122,70

246400030-04

122,70

246400030-04

100,40



LOT : 190910
UT AV: 05/2023
PPV: 84,40DH

PPV (DH) :
LOT N° :
UT AV :

LOT : 190910
UT AV: 05/2023
PPV: 84,40DH

PPV (DH) :
LOT N° :
UT AV :

LOT : 190910
UT AV: 05/2023
PPV: 84,40DH

PPV (DH) :
LOT N° :
UT AV :

LOT : 190910
UT AV: 05/2023
PPV: 84,40DH

PPV (DH) :
LOT N° :
UT AV :

PPV : LOT N° : UT AV :

148,50

755.882.01.16

Dr. Nadia BENJELLOUN H.

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE CLINIQUE

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Montpellier

Expert Assermentée Prés les Tribunaux

CU "Douleur et Soins de Support"

الدكتورة نادية بنجلون ح.

الطب العام

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بمونبولي

خبيرة محلقة لدى المحاكم

"الألم و الإحالة بالصدى"



Casablanca, le 22.11.19

الدار البيضاء, في

7- ZAHID ZAHIA

u9.60

- D. Cme 100.00000



Cme AB tous les 15 jours

u9.60

Dr. Nadia BENJELLOUN H.
"Douleur et Soins de Support"
بالدكتور نادية بنجلون ح.
648, Bd. du 6 Novembre 1975 - Hay Jawadi
Sidi Othman - Casablanca - Tél.: 05 22 37 35 95

