

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



## Déclaration de Maladie

N° W19-576849

55419

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0558

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : PACIFICO (BENJELLOUN) Christiane

Date de naissance : 03/01/45

Adresse : 22 Rue ABOU-ABBES AZFI

HAOUIF CASABLANCA

Tél. 0664632249 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BENJELLOUN M. KAMAL

Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux

Diplômé en Médecine du Sport de Rennes

Diplômé en Echographie Générale de Montpellier

Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca

Tél. 05 22 36 78 77 Gsm: 06 61 32 74 20

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 DEC. 2020

Nom et prénom du malade : Benjelloun Pacifico Christiane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : A la demande

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 : CASA

Le : 09/12/20

Signature de l'adhérent(e) : Pacifico





# 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
07 DEC. 2020	C+400	200,00	910,00	INF : 910,00
02 DEC. 2020	Vaccination	100,00	100,00	

**Dr. BENJELLOUN M. KAMAL**  
 Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux  
 Diplômé en Médecine du Sport de Rennes  
 Diplômé en Echographie Générale de Montpellier  
 Résidence: Ex. pour n° 12 Bd. Ghendil - Casablanca  
 Tél: 05 22 38 78 77 - GSM: 06 61 32 74 20

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Univers Sahi Hicham JAMALI 116, Rue J. J. El Oul Tél: 05 22 98 09 06 - Cc	6/12/20	1176,70

092 056 753

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PG	IM	IV	

**COZAAR 50 mg**  
 28 comprimés pelliculés sécables  
 AMM N° 08DMP/21/NCI  
 6 118000 290018

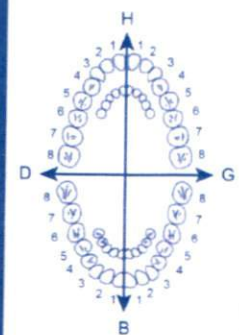
**COZAAR 50 mg**  
 28 comprimés pelliculés sécables  
 AMM N° 08DMP/21/NCI  
 6 118000 290018

**COZAAR 50 mg**  
 28 comprimés pelliculés sécables  
 AMM N° 08DMP/21/NCI  
 6 118000 290018

**COZAAR 50 mg**  
 28 comprimés pelliculés sécables  
 AMM N° 08DMP/21/NCI  
 6 118000 290018

**COZAAR 50 mg**  
 28 comprimés pelliculés sécables  
 AMM N° 08DMP/21/NCI  
 6 118000 290018

**COZAAR 50 mg**  
 28 comprimés pelliculés sécables  
 AMM N° 08DMP/21/NCI  
 6 118000 290018



O.D.F  
 PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

(Création, remont, adjonction)  
 Essai, Therapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

MONTANT DES SOINS

118001 102113  
**Levothyrox® 50µg**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

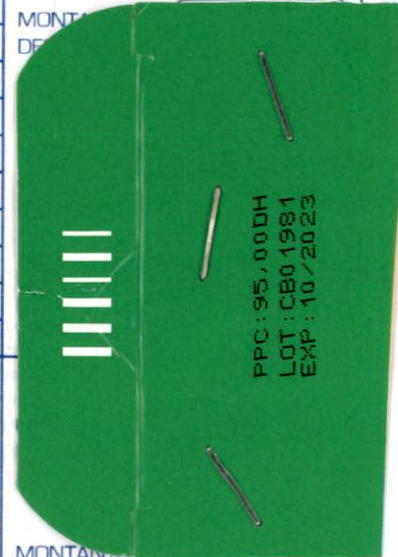
6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102013  
**Levothyrox® 50µg**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 13,40 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH

6 118001 102006  
**Levothyrox® 25 µg**  
 Comprimés sécables B/30  
 PPV: 6,80 DH





**Dr. BENJELLOUN El Mostafa Kamal**

**Omnipraticien**

Diplômé en Diabétologie et Nutrition  
de l'Université de Bordeaux

Membre de la Société Francophone  
de Diabétologie

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Diplômé en Médecine de Sport  
de la Faculté de Médecine de Rennes

**Electrocardiogramme**

Résidence El Mansour N° 12 - Bd. Ghandi  
Cabinet : 05 22 36 78 77 - Casablanca

**Urgences : 06 61 32 74 20**

**الدكتور بن جلون المصطفى كمال**

**طبيب عام**

حاصل على دبلوم مرض السكري والتغذية  
من كلية الطب ببوردو

عضو في الجمعية الفرنسية  
لداء السكري

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بمونتوبليي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي  
من كلية الطب برين

**تخطيط القلب**

إقامة المنصور رقم 12، شارع غاندي  
العيادة : 05 22 36 78 77 - الدار البيضاء

**مستعجلات : 06 61 32 74 20**

**01 DEC. 2020**

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء،

*Benjelloun Mostafa*

*Dr. Mostafa Benjelloun*

*75 mg / 125 mg*

*100 mg / 100 mg*

*100 mg / 100 mg*

*Benjelloun*

*Dr. Mostafa Benjelloun*

**Dr. BENJELLOUN El Mostafa Kamal**

Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux

Diplômé en Médecine de Sport de Rennes

Diplômé en Echographie Générale de Montpellier

Résidence El Mansour N° 12 - Bd. Ghandi - Casablanca

Tel : 05 22 36 78 77 - Fax : 06 61 32 74 20

E-mail : drkamalbenj@yahoo.fr