

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

- Réclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-576849

55419

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 0558	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : PACIFICO (BENJELLOUN) Christiane			
Date de naissance : 03/01/45			
Adresse : 22 Rue ABOU-ABBES AZZI Naarif CASABLANCA			
Tél. 0664632249 Total des frais engagés : Dhs			

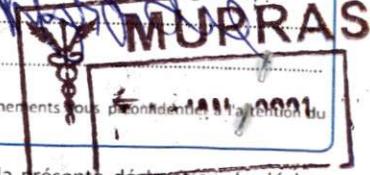
Cadre réservé au N° de la carte : DR BENJELLOUN M. KAMAL			
Diplômé en Diabétologie et nutrition de Bordeaux Diplômé en Médecine du Sport de Rennes Diplômé en Echographie Générale de Montpellier Résidence El Mansour N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca Télé: 05 22 36 78 77 GSM: 06 61 32 74 20			
Date de consultation : 01 DEC. 2020			
Nom et prénom du malade : Benjelloun Pacifico Christiane Age : <i>Age: 75 ans</i>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : A			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <i>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.</i>			

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**

Signature de l'adhérent(e) : **Pacifico**

Le : **09/12/20**



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
01 DEC. 2020	Vaccination	100		INP : Dr. BENJELLOUN M. KAMAL Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux Diplômé en Médecine du Sport de Rennes Diplômé en Echographie Générale de Montpellier Résidant à Casablanca N° 12 Bd. Ghézala - Casablanca Tél. : 05 22 38 78 77 - Gsm: 06 61 32 74 20
02 DEC. 2020	Vaccination	100		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Université Jilali Hicham Jilali 116, Rue Jilali 092 056 753	6/12/20	1176,70

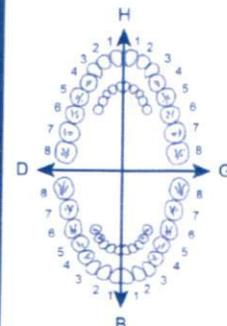
ANALYSES - RADIographies

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 HM IV	
COZAAR 50 mg 28 comprimés pelliculés sécables AMM N° 080MP/21/NCI			
6 118000 290018			
COZAAR 50 mg 28 comprimés pelliculés sécables AMM N° 080MP/21/NCI			
6 118000 290018			
COZAAR 50 mg 28 comprimés pelliculés sécables AMM N° 080MP/21/NCI			
6 118000 290018			
COZAAR 50 mg 28 comprimés pelliculés sécables AMM N° 080MP/21/NCI			
6 118000 290018			

Il est demandé aux patients de fournir les justificatifs exigés	



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
soins thérapeutiques nécessaires à la profession



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



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



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



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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

PPC : 95 / 000DH
LOT : CE01981
EXP : 10 / 2023

MONTANT DES SOINS

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

7862160333

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

7862160335

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 الشخص بالصدى
من كلية الطب بمونبولي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي
من كلية الطب بربن

تخطيط القلب

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

مستعجلات : 06 61 32 74 20

Casablanca, le 01 DEC. 2020 الدار البيضاء، في

Benjelloun Fadi

6.80
x3

13.40 x3

149.30
x56

COEUR 50.

1kg (x56)

95.00

125.30

Devoilez 50+2
TSMG X 56
COEUR 50. Tous COEUR (00)
X 56
Benjelloun

Dr. BENJELLOUN M. 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
Tél.: 05 22 36 78 77

E-mail : drkamalbenj@yahoo.fr

Gsm: 06 61 32 74 20