

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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

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° P19-0033937

5-8242

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1730 Société : RETREten
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMILLOU BENDAQUD
Date de naissance : 18.11.52
Adresse : 30107 ELWAFI, H. DEROUA, BARCHIN
Tél. : 06.63.23.33.94 Total des frais engagés : 152,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Nadia BENJELLOUN H. "Douleurs et Soins de Support" 648, Bd. du 6 Novembre 1975 - Hay Jawadi Sidi Othman - Casablanca - Tél. : 05 22 37 35 95
Date de consultation : 24/11/2020
Nom et prénom du malade : HAMILLOU BENDAQUD Age : 1952
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Asthme
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 : DEROUA Le : 28/01/2021
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-033937

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1730
Nom de l'adhérent(e) : HAMILLOU
Total des frais engagés : 152,20
Date de dépôt : 28.01.2021

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
24.11.2020	C2		150,00	Dr. Nadia BENJELLOUN " Douleurs et Soins de Support " الاضطرابات والألم 248, Lot. Wafae Deroua Berrechid - Hay Jawadi 05 22 37 35 95 Casablanca - Casablanca
27.11.2020	-		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. EL MARWANI Othman 44, Lot. Wafae Deroua Berrechid Tél : 05 22 53 20 54	24/11/20	89,00
Dr. EL MARWANI Othman 44, Lot. Wafae Deroua Berrechid Tél : 05 22 53 20 54	27/11/20	62,00

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

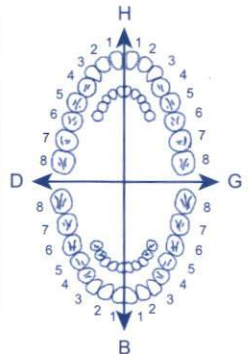
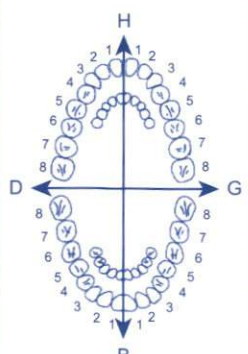
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaux, ainsi que le bilan

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> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H		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 بمونبولى

خبيرة محلفة لدى المحاكم

"الألم والعلاج بالدعم"

Casablanca, le 24.11.2020 في الدار البيضاء،

M^r HAMLOU BENDAOUD

89.50

M Maxime AB



1 AB/2 le matin 1/8 up

4 vacc grip

89.50

Dr. NADIA BENJELLOUN H.
MÉDECINE GÉNÉRALE
648, Bd. 6 NOVEMBRE 1975
HAY JAWADI - CASABLANCA
TEL: 022 37 35 95

Lot :
À consommer de
préférence avant le :

PPC : 89,50 DH

42ACDD02E
09/2023

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 بمونبولىي

خبيرة محلقة لدى المحاكم

"الألم والعلاج بالدعم"

Casablanca, le 27.11.2020 في الدار البيضاء،

Dr. HAMIZOU Ben SAOUA

20.90



Vitamine D3 BON 200 000 UI N°3

une AB par mois x 3 mois

62,70

Dr NADIA BENJELLOUN H.
MEDECINE GENERALE
648, Bd. 6 NOVEMBRE 1975
HAY JAWADI - CASABLANCA
TEL: 022 37 35 95

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR

6 118001 272228

PPV : 20,90 DH

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

Tél.: 05 22 37 35 95 - E-mail: nadiabenjellounh54