

# 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.

## adiologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

UPRAS 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- 061845

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01669 Société : RAM 8060

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ESSARI Fatima

Date de naissance : 25/02/97

Adresse : 104/ Bd J. A. Z. ELMAN SOUL

Tél. : Total des frais engagés : # 580,00 # Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du 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 Universitaire N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 05 22 36 78 77 , Gsm: 06 61 32 26 09

Date de consultation : 26 JUIL. 2021

Nom et prénom du malade : ESSARI Fatima Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Hypertension + Diabète + Obésité

En cas d'accident précisez 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 : 12/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/21	380,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

## 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'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux																
				Montants des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		Coefficient des travaux
	H	G																		
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000																			
	35533411																			
	B																			
	11433553																			
				Montants des soins																
				Date du devis																
				Date de l'exécution																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

DR. BENJELLOUN EL MOSTAFA KAMAL  
Omnipraticien

Diplômé en Diabétologie et Nutrition  
de L'Université de Bordeaux

Membre de la Société Francophone  
de Diabétologie (SFD)

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

11:00 120

PPV 34DH90 EXP 11/2021  
LOT 09020

26 JUIL. 2021

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 بمونبلي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي  
من كلية الطب ببرلين

تخطيط القلب

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

مستعجلات : 06 61 32 74 20

الدار البيضاء، في

ESSARI Fathia

36,70 + Pectinal

1000 x 30 x 10

96,90 + Infusion

63,00 63,00

63,00 x 2 Macrol

Vita C 1000®  
PPU 26DH90 EXP 02/2024  
LOT 110438

PPV 15DH90  
PER 03/24  
LOT 1834  
15,80

E-mail : drkamalbenj@yahoo.fr

56,30

PPV: 56,30 DH  
LOT: 21A05D  
EXP: 01/2023

DEWALFOOD

~~1 paquet de 100g de sucre~~  
~~1 paquet de 100g de sucre~~

40,00

**Li-SKIN®**

PPV 40DH90 EXP 03/2024  
LOT 11025 42

~~2 paquets de 100g de sucre~~  
~~1 paquet de 100g de sucre~~

60,00

80,00

~~1 paquet de 100g de sucre~~  
~~1 paquet de 100g de sucre~~

**Dr. BENJELLOUN M. KAMAL**

Diplômé en Diabétologie et nutrition de Bordeaux

Diplômé en Médecine du Sport de Rennes

Diplôme en Echographie Génitale de Montpellier

Résidence E. Herseur N° 12 Bd. Grandi - Casablanca

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

$T = 380,60$