

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : \_\_\_\_\_ Société : \_\_\_\_\_

Actif  Pensionné(e)  Autre : \_\_\_\_\_

Nom & Prénom : **Boujelil Abderrahmane**

Date de naissance : **30-01-1965**

Adresse : **BP 5, Bd H. Ghandi, 3ème étage**

Tél. : **0661952264** Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

**Dr. BENJELLOUN M. KAMAL**

Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux

Diplômé en Médecine de Sport de Rennes

Diplômé en Echographie Générale de Montpellier

Médence El Mansour N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca

Tél: 05 22 36 78 77 - Gsm: 06 6 32 74 20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Boujelil Abderrahmane**

Date de consultation : **23/12/2012**

Nom et prénom du malade : **Boujelil Abderrahmane**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **OPC**

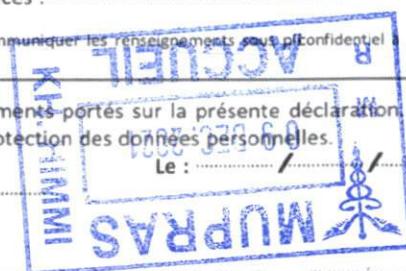
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



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
1/12/2022			Dr. BENJELLOUN M. KAMAL Diplômé en Gélatobiologie et Nutrition de Bordeaux Diplômé en Médecine du Sport de Paris Diplôme en Echographie Médicale Résidence d'Internat Télé 06 22 33 44 55	INP : 8230181014

EXECUTION DES PRESCRIPTIONS		
Cachet du Pharmacien du Pourvoiteur	Date	Montant de la Facture
	29/11/2021	313,90

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>	
DÉBUT D'EXÉCUTION				<input type="text"/>	
FIN D'EXÉCUTION				<input type="text"/>	
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B				
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
					<input type="text"/>
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>	
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>	
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>	
DATE DE L'EXÉCUTION				<input type="text"/>	

**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

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 بمونبلي

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

22 NOV. 2021

CASABLANCA, LE ..... الدار البيضاء، في

Lot :  
À consommer  
avant le :  
PPC : 79,90 DH

LOT : 201361  
PPV : 95,00DH  
UT AV : 10/2025

COOPER PHARMA  
PPC : 39,00 DH

STERIPHARMA  
complément  
alimentaire n'est pas  
médicament  
PPC:100,00 dh

E-mail : drkamalbenj@yahoo.fr