

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-559265

129339

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

8396

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABOIS FIRASSÉ OMAR

Date de naissance :

06 / 06 / 64

Adresse :

Villa 813 bis cité des crêtes Rte

d el Jdid

Casablanca

Tél. :

06 73 71 11 99

Total des frais engagés :

573,82

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 El Mansour N° 12 Bd Ghandil Casablanca

Tél: 05 22 20 45 45 GSM: 05 61 32 74 20

Date de consultation :

30 AOUT 2022

Nom et prénom du malade :

ABOIS FIRASSÉ OMAR

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

ORC

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) :

VOLET ADHERENT



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
30/01/2022		6	800,00	INP : 910123456 Dr. BENJELLOH M.KAMAL Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Bordeaux Diplômé en Médecine de Sport de Rennes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

<b>EXECUTION DES ORDONNANCES</b>		
Résidence Dakhla - Route N° 12 Bd. Ghandi - Casablanca Gsm: 06 61 52 74 20		
Cachet du Pharmacien ou du Fouragiste	Date	Montant de la Facture
	30/08/2022	37380

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		ANNEE 1984-85	

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	$\begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & G \end{array}$			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**DR. BENJELLOUN EL MOSTAFA KAMAL**  
Omnipraticien

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

Urgence : 06 61 32 74 20 0 AOUT 2022

الدكتور بن جلون المصطفى كمال  
طبيب عام

طیب عام

**حاصل على دبلوم مرض السكري والتغذية  
من كلية الطب بيوردو**

عضو في الجمعية الفرنسية  
لداء السكري

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بمونبلي

حاصل على دبلوم الطب الرياضي  
من كلية الطب ببرين

تخطيط القلب

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

مستعجلات : 06 61 32 74 20

CASABLANCA, LE الدار البيضاء، في

R. B. von Frisch & W.

138,30

Reinflektionsförm

Boris

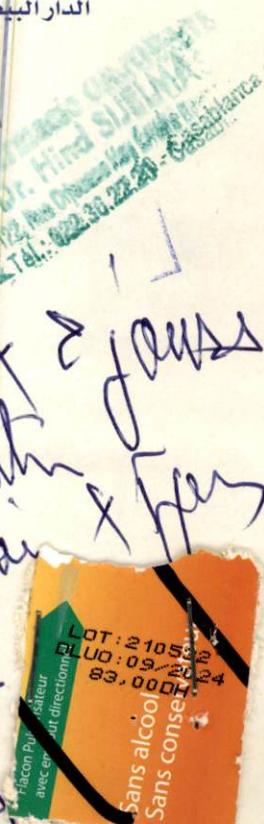
DTC

63,00

8350

8/2015

E-mail : drkamaljeet@yahoo.in



69,00

msclr la 500

T gapeur t

Tg 373,80

Cibus flavor - Sucre et aspartame free

BIOFAR VITA C Acerola CP B/E 20

PPC : 69,00

Ut Av	Lot :
11/2024	1279/4

IPHADERM

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 Rue Ghandi - Casablanca

Tél.: 05 22 36 78 77 GSM: 06 6 32 74 20

100% 100%

50 ml e 89 3

ACL 470 196.9  
CN 172330.7

CE

0459

3 700366 000580

LOT : 00575  
PER : 02\2023  
PPC : 83,50DH

PPV : 138,30 DH  
LOT : 648620  
PER : 03/24

Dr. Benjelloun M. Kamal  
Dr. Hind SIELMASSI  
12 Rue Desirio May Emile Beaufort  
Tél: 05 22 36 78 77 Casablanca