

CONDITIONS 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.

M22- 0057127

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01669

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ESSAKI Fatima

Date de naissance :

25-02-57

Adresse :

habitat

Télé. :

0600491816

Total des frais engagés : # 565,00 Dhs

Tel: 05 22 36 78 77 GSM: 06 61 32 74 26

Residence El Menzah N°12 Bt GRANDI-Capital

Diplôme en Radiographie Générale de Moniteur

Diplôme en Médecine d'Spécialité en Radiologie

Diplôme en Diabétologie et Nutrition

Diplôme en Optique et Vision

DR. BEJELLOUN M.KHAL

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 28/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Carte et signature du Médecin Attestante l'exactitude des Actes
28/04/23	C		200	DR. M. BOURGEOIS N° 121 DEL GRANDEUR GSM: 0609 77 22 22 DÉPARTEMENT DE GÉNÉRALISTE DE LA MÉDECINE DE MÉTIER MÉDECIN LIBÉRAL

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cabinet du Pharmacien du Découvrissau	Date	Montant de la Facture
S.A.R.L A.I.I Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06	28/4/21 INPE 1489	365,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature																	
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																	
	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient													
		CCEFFICIENT DES TRAVAUX		<input type="text"/>													
		MONTANTS DES SOINS		<input type="text"/>													
		DEBUT D'EXECUTION		<input type="text"/>													
		FIN D'EXECUTION		<input type="text"/>													
	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000			B	35533411	11433553	<input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	00000000																
	B	35533411	11433553														
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
					<input type="text"/>												
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
				<input type="text"/>													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

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

لصطفى كمال

ب عام

حصل على دبلوم مرض السكري والتغذية
من كلية الطب ببوردو

عضو في الجمعية الفرنسية
لداء السكري

حاصل على دبلوم الفحص بالصدى
من كلية الطب بمونبليي

PHARMACIE OULMES CASA

S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 36 00 06

تخطيط القلب

إقامة المنصور رقم 12 - شارع 5006
العيادة : 05 22 36 78 77 - الدار البيضاء

مستعجلات : 06 61 32 74 20

CASABLANCA, LE

28/4/23

الدار البيضاء، في

LOT : 5387
PER : 12 - 25
P.P.V : 32 DH 00

V

ESSARI Fallou

32,00

Lot:
A consommer
de préférence av...
PPC : 79,50 DH

PPC : 59,00 DH
LOT : CB038803
EXP : 12/2024

79,50

LOT : 2386
PER : 02 - 26
P.P.V : 111 DH 00

d.s.v

3 700366 00058
LOT: 20158
PER: 03/2025
PPC: 83,50DH

59,00

Dr. BENJELLOUN M. KAMAL
Diplômé en Diabétologie et Nutrition de Rennes
Diplômé en Médecine de Sport de Montpellier
Diplômé en Médecine Générale de Casablanca
Diplômé en Echographie à Montpellier
Diplômé en Echographie à Casablanca
Residence El Mansour #12 Bd Ghandi - Casablanca
Télé: 05 22 36 78 77
Mobile: 05 22 36 73 77

E-mail : drkamalben@yahoo.fr