

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-774015

189189



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 07739	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : Fadil	
Nom & Prénom : Mohamed			
Date de naissance : 14-10-1956			
Adresse : Hatti Telle			
Tél. : 0621331303 Total des frais engagés : 2780,20 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<p>Dr. Jalil BENNANI Spécialiste en Hématologie Abdelmoumen Centre Anglais Abdelmoumen Casablanca Tél 05 22 20 45 45 Fax: 05 22 22 78 18</p>			
Date de consultation : 29/12/2023			
Nom et prénom du malade : Mohamed			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Lymphome Non Hématique			
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 : Casablanca Le : 29/12/2023
Signature de l'adhérent(e) : Mohamed



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
29/12/2023	Actes	45000	45000	INP : 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
BNP 52208	28/11/2013	2780,20

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>												
		INP : <input type="checkbox"/>														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
		DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
		FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION 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;">26533412</td> <td style="text-align: center;">21433582</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 style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	26533412	21433582	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	26533412	21433582														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

PPV: 61DH50
PER: 08/26
LOT: M2711

PPV: 61DH50
PER: 08/26
LOT: M2711

PPV: 61DH50
PER: 10/26
LOT: M3412

PPV: 61DH50
PER: 10/26
LOT: M3412

ORDONNANCE

LOT: 219074
EXP: 09/24
PPV: 502DH00

Casablanca, le : 29/12/20223

LOT: 219074
EXP: 09/24
PPV: 502DH00

LOT 231212
EXP 04/26
PPV 502DH00

LOT 231619
EXP 09/26
PPV 502DH00

LOT 220837
PER 01-2024
PPV: 140,00DH

Identité :
M. Mohamed FADIL
DDN : 14.10.1956

MLE = 07739



502,0x4

Cicloviral 800mg 1/2 cp x 3/j pendant 2 mois

140,00
23,90x6 + 45,00
140,00
Oedes 20mg 1cp/j pendant 2 mois grande boite

Glucophage 850 1cp x3/j pendant 2 mois

60,00
60,00x2
Amarel 4mg 1cp/j pendant 2 mois

Nodol fen 1cp/j pendant 2mois

61,60
61,60x4
Mobic 15mg 1cp/j pendant 2 mois

Dr Jalil BENNAJI

Spécialiste en Hématologie Clinique
DES en Cancérologie
AFSA en Hématologie

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien assistant à l'Institut Jules Bordet - Bruxelles

Ancien chef de clinique à l'Institut Gustave Roussy - Villejuif

Ancien Interne des Hôpitaux Saint-Louis et Hôtel Dieu - Paris

2780,20
Cotrim fort 1cp x3/semaine (lundi mercredi

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain setââ Casablanca
Amarel 4 mg. cp. b. 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain setââ Casablanca
Amarel 4 mg. cp. b. 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

dant 2 mois

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V :30DH00
LOT :23E004
PER :04/2026
6 118000 061878

NO - DOL FEN 400MG
CP PELL B30
P.P.V :30DH00
LOT :23E003
PER :04/2026
6 118000 061878

Adresse : CENTRE ABDELMOUNEN
Angle Bvds Abdelmoumen et Anoual
20360 Casablanca - Maroc

Tel : +212 (0) 522 864 666
+212 (0) 696 626 504
Fax : +212 (0) 522 865 938
Email : j.bennani@gmail.com



23,90

23,90

23,90

23,90

23,90

23,90