

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.

Maladie*

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **07739**

Société :

RAM

197457

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FADIL

Mohamed

Date de naissance :

14 - 10 - 1956

Adresse :

Habib Luelle

Tél. : **0604331303**

Total des frais engagés : **2381,60** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation **27-02-2024**

Nom et prénom du malade : **FADIL Mohamed**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Lymphome**

Dr. Jalil Bennani

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 : **Carallanca**

Le : **27-02-2024**

Signature de l'adhérent(e) : **J.B.**

BELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 27/02/2024 | 2024-1-15 | | 400DH |       |

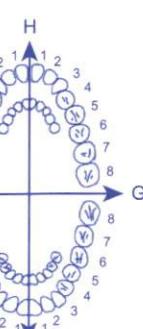
| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <i>Salma</i> | <i>27.12.2017</i> | <i>2381,60</i> |

RELEVÉ 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.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|----------|----------|----------|----------|----------|-------|--|----------|--|--|
| <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>  | <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></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"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> | | B | | <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot :
A consommer de préférence avant le :
PPC : 89,50 DH

MAGNEMAR®
300 mg B6

MAGNEMAR®
300 mg B6

Lot :
A consommer de préférence avant le :
PPC : 89,50 DH

LOT 23.084
FAB 03/2023
DDM 03/2026

ORDONNANCE

Casablanca, le : 27/02/2024

Mle 07739

Identité :

M. Mohamed FADIL
DDN : 14.10.1956



28,50

Cotrim fort 1cp x3/semaine (lundi mercredi vendredi) pendant 2 mois

50,10

469,20

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

130,80

Oedes 20mg 1cp/j (2 grandes boites)

Dr Jalil BENNANI

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

Adresse : CENTRE ABDELMOUNEN
Angle Bd Abdelloumen et Anoual
20360 Casablanca - Maroc

Glucophage 850 1cp x3/j pendant 2 mois

Amarel 4mg 1cp/j pendant 2 mois

Azix 500 1cp/j pendant 3 jours

Magnemar 300 1cp/j pendant 2 mois

Vitanévril 1cp x2/j pendant 2 mois

Relaxol 1cp x2/j pendant 15 jours

Myantalgic 1cp x4/j si douleurs pendant 2 mois

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



PER.23E012
2026

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Relaxol 600mg/2mg cp B20
P.P.V. : 49,80 DH
6 118000 060833

PER.23E012
2026

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Relaxol 600mg/2mg cp B20
P.P.V. : 49,80 DH
6 118000 060833

PER.23E012
2026

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Relaxol 600mg/2mg cp B20
P.P.V. : 49,80 DH
6 118000 060833

Dr. Jalil BENNANI
Spécialiste en Hématologie
Abdelmoumen et Anoual 20100
Casablanca
Tél: 05 22 86 46 66 - Fax: 05 22 86 89 38



LOT 231619
EXP 09/26
PPV 502DH00

CO-TRIM® FORT

PPV : 28DH50

EXP 09/2027
LOT 350218

COOPER PHARMA
PPV: 130,80 DH

LOT : 220833
PER : 11-2024
PPV : 140,00 DH

PPV : 79DH70
PER : 05/26
LOT M 1243

PPV : 28,80
LOT
PER

PPV : 28,80
LOT
PER

MYANTALGIC®
20 comprimés effervescents

PPV 31DH80
EXP 06/2026
LOT 34022 1

800 mg

LOT 231212
EXP 04/26
PPV:469DH00

25 comprimés

800 mg

LOT 231212
EXP 04/26
PPV:469DH00

25 comprimés