

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Diagnostique 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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie : N° P19-0013384

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3187 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSMAIL HANID Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/7/2019

Nom et prénom du malade : Bensmail Hanid Age: 68 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Nco

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 : 17/7/2019

Signature de l'adhérent(e) : Benmail

RELEVÉ 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
22/7	UG		B. b. l. d.	
24/7	UG		T.D.T. Obegally	
17/7	UG		GA	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE JAMAL Ensemble Immobilier ALPHADAOUS H 15 km A 89 km Oulfa ay Hassani, Casablanca Tel: 0522 22 50 25	17/07/13	203,60

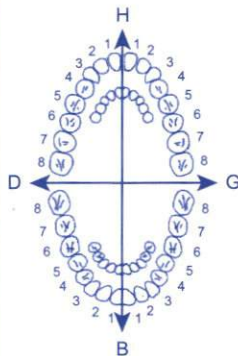
[illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 5%; text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 5%; text-align: center;"> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> </div>
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MYANTALGIC®
20 comprimés effervescents

MYANTALGIC®
20 comprimés effervescents

PPV 34DH00
EXP 01/2022
LOT 80071 4

PPV 34DH00
EXP 04/2022
LOT 91051 2



مصححة الساحل للأونكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL

RADIOThERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOThERAPIE PAR M
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ON
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • S
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

N° Bensmail Hamid

1/ Fsk 2 p 1
2/ Dak Farin 60
3/ Nohtium stro f
4/ Myantalgie 1x3/6
5/ Flazyl 500 x3/6

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
Ql Zenata Ain sebaa Casablanca
Daktarin gel buccal t40g
P.P.V : 53,00 DH

LOT : 8MA142
PER: 02/2021

MOTILIUM 1MG/ML
SUSP BU V FL 200 M
P.P.V : 40DH80

LOT : 8MA138
PER: 06/2023

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80

LOT : 8MA138
PER: 06/2023

PHARMACIE JAMAL
Ensemble Immobilier
AL FIRDIAUS - Oulfa
145 km A 80 N° 1
Casablanca
Tél: 33 92 80 25

Dr. Houda BENJELLO
Oncologie - Radiothérapie

Salaj 3, Bd la Grande Ceinture Ain Diab, 20180 Casablanca, Maroc

Pour accéder : Tram ligne1, direction Ain Diab, station Le Littoral

(+212) 5 20 66 68 90 / 91 / 92 • (+212) 5 22 79 75 94 / (+212) 5 22 79 86 96 • @contact@cliniquelelittoral.ma

www.cliniquelelittoral.ma