

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.

Pathologie 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 canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

ND: 32904

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016624

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1029 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERHIL SERBOUTI Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661-526409 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Omar BENJELLOUN
NEPHROLOGUE
Centre d'Hémodialyse 2 Mars
Casablanca
Tél: 0522 87 08 04 Fax: 0522 87 08 05

Date de consultation : 22/06/2020

Nom et prénom du malade : BERHIL HALMA Age :

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

Nature de la maladie : Néphropathie diabétique

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

Déclaration de maladie N° P19- 0016624

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1029

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
22/06/2022	INP		350 dh	Dr. Omar BENJELLOUN NEPHROLOGUE Centre d'Hémodialyse 2 Mars 87 08 21 54 05
	091167239			

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

2080

052287

Dr. O. NE
Centre d'HE
08-04-2017

01-0522-87

Document de l'Enquête

Montant de la Facture

७७ DH

02/2/20

S

Montant
des Honoraires

.....

.....

.....

.....

	Montant détaillé
--	------------------

M	IV	des Honoraires

[illegible][illegible]

--	--	--

par la fourniture de tous

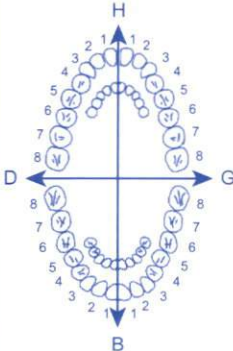
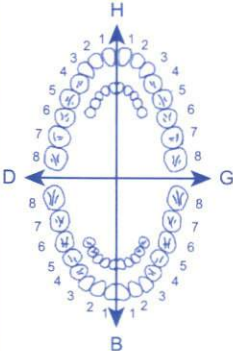
actuelle.

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 de l'...

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'

Coefficient

FIN
D'EXECUTIONDATE DE
L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

21433552

D

	0000000000

8

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Omar BENJELLOUN

Spécialiste en Néphrologie

Diplômé de la Faculté de

Médecine d'Oviedo, Espagne

Ancien Attaché à L'Hospital Clinic
de Barcelone, Espagne

Ancien Directeur de l'Unité Nephro
Care Fresenius, Alicante, Espagne

Dr. Meryem BENJELLOUN

Spécialiste en Néphrologie

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Casablanca

Certificat de Prise en Charge

des Maladies Rénales,

Université John Hopkins,

Maryland, USA

Dr. Faissal TARRASS

Spécialiste en Néphrologie

Diplômé de la Faculté de

Médecine de Casablanca

Ancien Médecin des Hôpitaux
de Grenoble, France

Titulaire du Prix Who's Who in
Medecine and Healthcare, USA

Maladies des Reins - Hypertension Artérielle - Hémodialyse - Lithiases Rénales



Casablanca le :

22/06/2023

Mme BERMIL HALMA



$294 \times 3 = 882$



COVERAN 10/10^x 1 plj le matin

LASILIX 40mg 34x4=136 plj de nuit

GARDIX 0,25mg 1 plj = 1 plj

$24 \times 6 = 264$

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



PHARMACIE DIWANE
Dr. Meryem BENJELLOUN
Rue de l'Indépendance, Casablanca
Tél: 05 22 87 80 80

Dr. Omar BENJELLOUN
NÉPHROLOGUE
Centre d'Hémodialyse 2 Mars
Casablanca
Tél: 05 22 87 08 05

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



CENTRE D'HEMODIALYSE 2 MARS, 466 Boulevard 2 Mars, Haddaouia, CASABLANCA

Téléphone: 05 22 870 804, Fax: 05 22 870 805, email: hemodialyse2mars@gmail.com

294,00

294,00

294,00

LOT: 143
PER: OCT 2022
PPV: 44 DH 00

LOT: 149
PER: JAN 2023
PPV: 44 DH 00

LOT: 149
PER: JAN 2023
PPV: 44 DH 00

LOT: 149
PER: JAN 2023
PPV: 44 DH 00

28 Com
LOT: 145
PER: OCT 2022
PPV: 44 DH 00

LOT: 149
PER: JAN 2023
PPV: 44 DH 00