

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Reclamation	: contact@mupras.com
Se en charge	: pec@mupras.com
Résision 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 personnelles.

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

Nº P19-0036258

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01702

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DRIDUECH MOHAMED

Date de naissance :

01/07/1956

Adresse : H 41 Lot EL WAFI DEROUA

Tél. : 0650621092

Total des frais engagés : 800,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/07/2020

Nom et prénom du malade : DRIDUECH MOHAMED Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : Casa

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-036258

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 : 01702

Nom de l'adhérent(e) : DRIDUECH

Total des frais engagés : 800,90

Date de dépôt :

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
13/07/2020	C & E + Per.		500 DH	<i>[Signature]</i>
				<i>[Redacted stamp]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Circular stamp]</i>	13/07/2020	<i>[Circular stamp]</i>

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

889302

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	G	21433552
D	00000000	B	00000000
G	00000000	G	11433553
B	35533411		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**DOCTEUR
MOHAMED BENJELLOUN**

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ancien Interne des hôpitaux de Paris

Membre de l'Association Européenne

d'Urologie et de Sexologie

Diplômé en Cancers Uro-Génitaux



**الدكتور
محمد بنجلون**

جراح المسالك البولية والتتناسلية

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

دبلوم في سرطان المسالك البولية والتتناسلية

Dr Mohamed BENJELLOUN
UROLOGUE
Bd Bir Anzarane, Etage 1
Casablanca, Maroc
Tél.: 0522 98 04 04

Casablanca, le

3 JUL 2020

Dr Mohamed BENJELLOUN

30 Comprimés sec

LOT: 089
PER: MAR 2022
PPV: 76 DH 50

76.50

① URAPOX 2 mois

LOT: 091
PER: AUT 2022
PPV: 74 DH 80

74.80 x3

② Neocaps 100 mg au co

LOT: 093
PER: FEV 2023
PPV: 74 DH 80

300 mg

LOT: 093
PER: FEV 2023
PPV: 74 DH 80

muni repas

Dr Mohamed BENJELLOUN
UROLOGUE
Bd Bir Anzarane, Etage 1
Casablanca, Maroc

1 mois
1 jour

21 ، شارع بئر أنزاران ، الطابق الأول ، الشقة رقم 1 - المعاريف - أمام مصلحة البريد - الدار البيضاء
21, Bd Bir Anzarane 1er Etage, Appt1-Maarif - en face de la poste - Casablanca
Tél.: 05 22 98 04 04 - ICE : 00165078100025 - E-mail : m.benjelloun.uro@gmail.com