

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.

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° W19-498572

ND:36324

couvren
NSN

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12305

Société : KAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENJELLOUN TOUINI Nekbi

Date de naissance : 05/04/1987

Adresse : 7, rue Ahmed Bensouda Casablanca

Tél. : 0661878212

Total des frais engagés : 4714 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SALMA LIEMLAHI
Rond Point Al Moustakbal Imm. BC
3ème Etage N° 31 - Casablanca
Tél : 0522 58 34 10 / 0522 06 16 46
ICE: 00104055700030 - INP : 091040410

11 AOUT 2020

Date de consultation : 26/03/2020

Nom et prénom du malade : BB BENJELLOUN TOUINI

Age : 36

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Amintante d'un A.C. NL

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 : 26/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-498572

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 : 12305

Nom de l'adhérent(e) : BENJELLOUN TOUINI

Total des frais engagés : 4714

Date de dépôt : 05/08/2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
26/03/12	S		4000.00	INP : 091041511 Dr. SALMA LIEMAKI Bord Point Al Mouatakhbat Imm. BC Flage N° 31 Casablanca Tél : 0522 06 16 46 BP : 091040410

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE N° 1 Rue d'Orage 75010 PARIS Rue des Capucines 20 Dpt. des Pharmaciens	26/3/92	7140

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

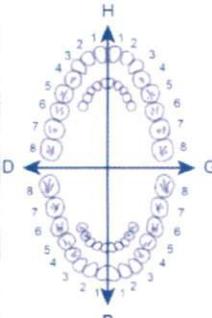
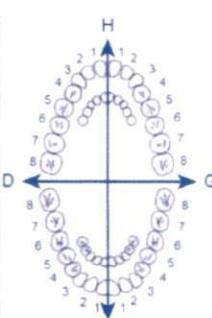
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <i>25533412 21433582 00000000 00000000</i> <i>00000000 00000000 35533411 11433553</i>		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					



Asthme – Allergologie

- Diplômée de l'Université de Grenade - Espagne
- Ancienne attachée au CHU de Grenade - Espagne
- Ex-chef de service de pédiatrie à l'Hôpital Hassani à Casablanca

الريو – الحساسية

- خريجة جامعة غرناطة - إسبانيا
- ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بغرناطة - إسبانيا
- رئيسة سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسني بالدار البيضاء

Casablanca, le : 26/3/2020 الدار البيضاء، في

Poids : 2820

Taille :

P.C :

Sexe : Garçon Fille



Date et heure de naissance

...gouttes 2 gouttes 3 fois par jour



1- SOINS DU CORDON : 2 fois par jour pendant 10 jours

EOSINE A 2%

COMPRESSES STÉRIL

PHARMACIE NAPOLEON
Angle Rue d'Oradour sur Glane
et Rue des Papillons N° 1
Oasis Casablanca
Tél: 0522 25 08 84

2- SOINS DES YEUX ET DU NEZ : 2 fois par jour

Serum physiologique unidose

3- VIT K1/ Konkion 2mg Pédia

1 fois par semaine pendant 4 semaines

à donner pour boire avec une seringue de 2.5 ml

4- LAIT MATERNEL EXCLUSIF

En cas d'insuffisance donner

0522583410/0522061646 – drliemlahiepediatre@gmail.com

Angle Bd. Al Qods et Bd. Aboubakar Al kadiri, Imm. BC, 3 ème étage, N°31
Sidi Maarouf-Casablanca (en face du rond point Al Moustakbal)