

# 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

M22- 0007811

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED  
Date de naissance : 01-01-1944  
Adresse : CHERAM RUE 1 APPT 1 ET 80 OULEA CASA  
Tél. : 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 994,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N°61 - 1er Etage AP Chahdia - El Oulfa  
Tél : 05 22 21 07 82 - 05 04 72 39 14  
MPS: 813 0670

Date de consultation : 13/03/2023

Nom et prénom du malade : HAJIL MOHAMED Age : 79

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

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : MUPRAS

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 Le : 13/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
13/03	CSK ECG		30900	Dr. Mehdi BEN EL PAJEN CARDIOLOGUE Rue 2 N°61 - Le Etage BP El Ghazal Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 91170670

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe EL Oulfa - Casablanca Tél: 05 22 89 09 63 I.C.E: 000500246000020	13/03/23	694,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	

# 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



**الدكتور مهدي بنجلون**  
**إختصاصي في أمراض القلب**  
**والشرايين**

Casablanca, le : ..... 13/03/2023 .....

Nom et Prénom : .....

**HAJIL Mohamed**

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg Cpr sec  
Bte de 30

140 / 16 DMP / 21 NRO P.P.V : 165,50 Dh  
6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

6 mg Cpr sec  
Bte de 30

40 / 16 DMP / 21 NRO P.P.V : 165,50 Dh  
6 118001 020546

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue zoubair bnou al aouam roches  
noires casablanca  
**ATACAND**

16 mg Cpr sec  
Bte de 30

140 / 16 DMP / 21 NRO P.P.V : 165,50 Dh  
6 118001 020546

Lot : V307G  
Dlao : 11/24  
P.P.C : 69 Dh

PPV 430H00  
PER 01/25  
LOT L3884

PPV 430H00  
PER 01/25  
LOT L3884

PPV 430H00  
PER 01/25  
LOT L3884

**PHARMACIE SOUFIANE**  
Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 00050024000026

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
**CARDIOLOGUE**  
Aue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp Chhdia - EL Oulfa  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE : 91170670

زقة 2, رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهدي - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com



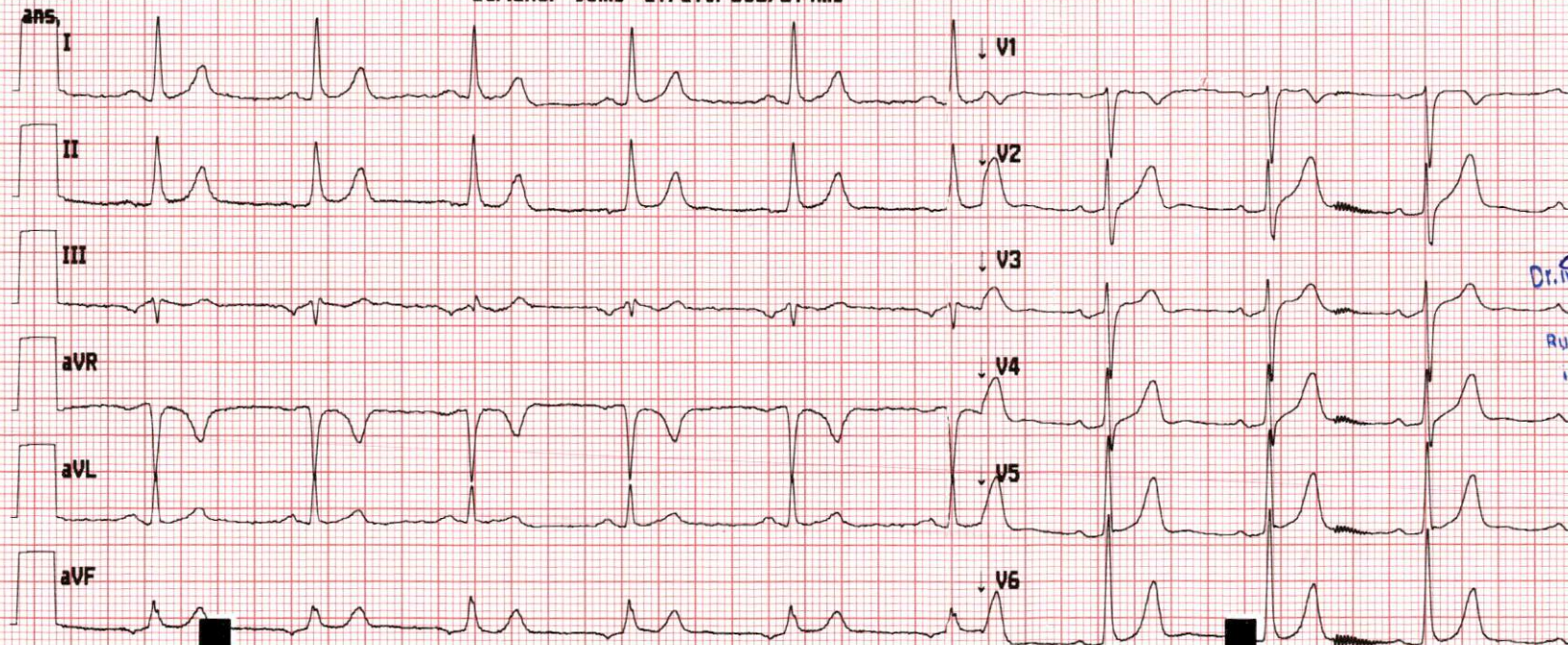
ID:

D-naiss:

ans,

13-Mar-2023 16:22:13 Fréq. Card.: 69 BPM  
Axes P-R-T: -35 21 39 Int PR: 163ms  
Dur.QRS: 90ms QT/QTc: 356/374ms

13-Mar-2023 16:22:13



MAJIN  
V. K. K.

الدكتور مهدي بنجلون  
Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage BP Chahdia - El Oulfa  
tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE 191170670

114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquence 28509 25mm/s 10mm/mV 0.1