

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0020972

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3242 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : EL AJI Chadia 166581  
Date de naissance : 11.58  
Adresse : Rue 76 n° 35 groupe Poulfa cas  
Tél. : 0666339277 Total des frais engagés : 1450,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 02/06/2023  
Nom et prénom du malade : EL AJI CHADIA Age: \_\_\_\_\_  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : HTA  
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) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### 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
06/13	CSL ELC		300,00	Dr. Mehdi BENALI CARDIOLOGUE Rue N°61 - 1er Etage BP Chahdia - Oulfa Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 Mobi: 01170678

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/06/2023	1108,50
	01/06/2023	42,60

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

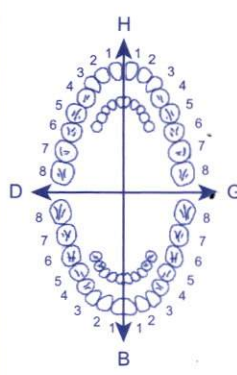
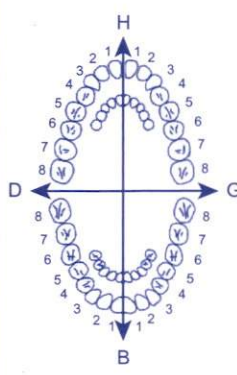
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(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

PPV 14DH40  
PER 12/25  
LOT L3904



ANCA

3

ICE N° : 001644535000081

Le : 01/06/2023

PPV:14DH00  
PER:09/25  
LOT:L2927



PHARMACIE DU NIL  
3d. Oum-Rabii  
Sidi Bou Abdallah



Lot N°:

Aut. av:

PPV(DH):

14,00

## FACTURE

NOM : M<sup>me</sup> EL. ASi el Hadia

PRODUITS	NOMBRE	PU.	TOTAL
doliprane 500 (Sachet,)	1	14,00	14,00
Andol 500.	1	14,00	14,00
doliprane 1p	1	14,00	14,00
			42,00
Arrivée la présente facture à la somme,			
de quarante deux de deux, les centimes			

PHARMACIE DU NIL  
3d. Oum-Rabii  
Sidi Bou Abdallah



**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : ..... 02/06/2023

Nom et Prénom : .....

**ELAJI Chadia**

**BI PRETERAX 5/1.25**

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

**ZITHROMAX**

1 comprimé le matin, pendant 6 jours

**INEXIUM 40**

1 comprimé le matin

**MALTOFER**

1 comprimé, matin et soir, pendant 6 mois

**PROSPAN**

1 cam matin et soir, pendant 2 boites

**KÉTODERM 2%**

1 application, matin et soir

**ARGO 250**

1 comprimé le soir

**ERLUS**

1110 x 6 = 6666  
12360  
38,50 x 6 = 2310  
30,90 x 2  
27,30  
1108,50  
Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa  
Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14

# PROSPAN®

**Sirop  
Traitement de la toux**

A conserver à une température inférieure  
à 25°C et à l'abri de l'humidité.

ADSP N° 02/19 /DMP /21 /NRQDNM



6 118000 4300052



PPV  
30DH00

SYNTHEMEDIC  
22 rue Zola - 91000 Evry  
France  
INEXIUM  
Cp GR  
40 mg  
Boîte 14  
841750050118000 22V.123.60DH  
6 118001 020607

EXP 09-2024  
LOT ZNYG



38,50



↓  
x6 ced

x2 ced

KETODERM 2%  
CREME T 10G



P.P.V : 27DH3



6 118000 010920

crème

x6  
ced

111,20



ID:  
D-naiss:  
ans,

2-Jui-2023 12:56:09 Fréq. Card.: 72 BPM  
Axes P-R-T: 46 -9 36 Int PR: 147ms  
Dur.QRS: 89ms QT/QTc: 389/413ms

2-Jui-2023 12:56:09

Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بنجلون

CARDIOLOGUE

Rue 2, N° 01 - 1er Etage RP Chahoua - El Oulfa

Tel: 05 22 91 07 82 - 06 04 72 39 14

INPE: 91170678

El Aoi  
CHADIA

