

# 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 20100 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-001324

- Maladie     Dentaire     Optique     Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7374 Société :  
 Actif     Pensionné(e)     Autre :  
 Nom & Prénom : HAMBRECH AHMED ALBERT  
 Date de naissance : 02/11/1967  
 Adresse : N°13 FM 122 RES JAWAF RAMOUK ALHACATI  
 Tél : 0661161718 Total des frais engagés : 990 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 19/05/2023  
 Nom et prénom du malade : HAMBRECH AHMED Age:  
 Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant  
 Nature de la maladie : ALD 2 Pathologie :  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  
 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 : CASABLANCA Le : 26/06/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-4-215 / 2019

Dr. Mehdi BENVELLOUN  
 CARDIOLOGUE  
 Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa  
 Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
 INBE: 91170670

27 JUN 2023

### 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
19/05/13	CCG ECC		300,00	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - El Douch Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 11 INPE: 91170670

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

19/05/13

690,00

ARMACIE ICHRAK CENTER  
PARAPHARMACIE  
Loc. Diamant V. Center Ichrak  
Rue N° 2, N° 22 - 1er Etage RP Chahdia - El Douch  
C.S. ALANCA - Tél: 05 30 12 93 14  
ichrak.pharmacie@gmail.com

### 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  
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

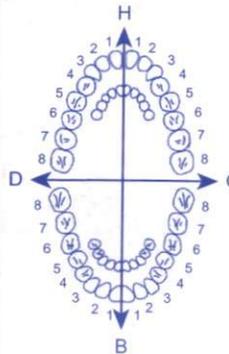
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

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



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 L'EXECUTION



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : .....19/05/2023.....

ROUN Ahmed

12270  
246400030-04

12270

12270  
246400030-04

22,40 x 3

ASKARDIL 75

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

12270 x 4  
DAFLON 500

1 comprimé, matin et soir, pendant 2 mois

13200  
DRAINASTIM

1 application, matin et soir, pendant 2 mois

T = 690,00



4 x 12270

22,40 x 3

6 111261 530145  
LOT/044817  
EXP/12/2025  
PPU/1327000

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPU 220440  
EXP 09/2024  
LOT 26014 3

PHARMACIE IO  
PARAPH  
1st Etagement  
ASA PERINCA  
Boulevard

ASKARDIL® 75 mg 30 comprimés dispersibles  
PPU 220440  
EXP 09/2024  
LOT 26014 3

ASKARDIL®  
PPU 220440  
EXP 09/2024  
LOT 26014 3

12270  
246400030-04

Dr. Mehdi BENJELOUN  
Rue 2, N° 61 -  
Tel : 05 22

19-Mai-2023 13:42:36 Fréq. Card.: 80 BPM  
Axes P-R-T: 37 22 31 Int PR: 149ms  
Dur.QRS: 83ms QT/QTc: 364/400ms

19-Mai-2023 13:42:36

ID:  
D-naiss:  
ans,

Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بنجلون  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 01 - Im. Stage AP Chahoua - EFOM  
Tel: 04 33 91 07 62 - 06 04 72 39 74  
INBE: 91110678

HAN KOWN  
(Handwritten signature)

