

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0036169 AJ 978

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 7121

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAKANI

Date de naissance :

14/03/1963

Adresse :

Tél. 065346216

Total des frais engagés : 1104,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

03/03/2019

Nom et prénom du malade : HAKANI ABDELHADI Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

H.A.D

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

Generalized pain

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

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- 0036169

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).

Matricole :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

## 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.

## 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
21/03/2015	ECO		200,00 100,00	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGIE RUE N°1 - INSTITUT DE LA SANTE TELE: 05 22 91 07 62 - 06 01 72 39 INPE: 91170070

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MOULAY AHMED lot. 1 Unité 6 Ouled Azouz Casablanca - Tél: 05 22 65 95 03 INPE: 092103811	03/10/2015	PHARMACIE MOULAY AHMED lot. 1 Unité 6 Ouled Azouz Casablanca - Tél: 05 22 65 95 03 INPE: 092103811

## 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	

## VOLET ADHERENT

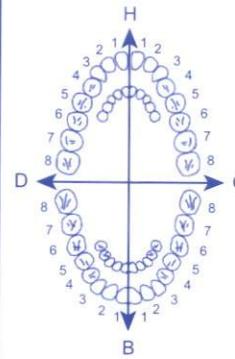
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

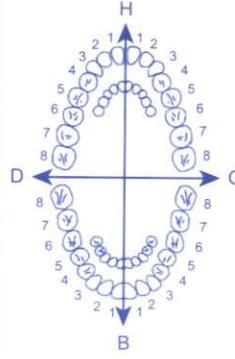
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	CCOEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION  COEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION
				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	H	21433552	G	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  <table border="1" style="margin-bottom: 10px;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**valable 3 mois**

Le 03/12/2023

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. Mehdi BENJELLOUN

CARDIOLOGUE

Centre Médical - Eloufa

N°61 - 1er Etage  
Tel: 0522-21-07-53 - 0522-22-78-15  
INPE: 91170000

HAKAN, ABDELLAH

Présente

une HTA

Nécessitant un traitement d'une durée de :

6 mois

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

3-Oct-2023 18:22:01 Fréq. Card.: 73 BPM  
 Axes P-R-T: 28 -7 30 Int PR: 188ms  
 Dur.QRS: 104ms QT/QTc: 380/406ms

ID:  
 D-naiss:  
 ans:

I

II

III

aVR

aVL

aVF

3-Oct-2023 18:22:01

Dr. Mehdi BENJELLOUN ~~جعفر بن جلون~~  
 CARDIOLOGUE

Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oued  
 Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
 INPE: 91170670

HADJOU, V

ABDELLAH

V1

V2

V3

V4

V5

V6

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des Maladies  
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
و الشرايين

03/10/2023

Casablanca, le :

**HAKANI Abdelhadi**

~~9.09~~ ~~52.00~~ ~~1.80~~ ~~10.00~~ ~~4.20~~ COVERSYL 5 MG

1 comprimé le matin, pendant 6 mois



~~1.30~~ INIKAL 5

1 comprimé le soir, pendant 6 mois

~~11.80~~ AVLOCARDYL 40

1/4 comprimé le soir, pendant 6 mois

~~10.00~~ COTIPRED 20

3 comprimés le matin



~~4.20~~ OMIZ 20

1 comprimé le matin, pendant 1 mois



PHARMACIE MOULAY AHMED  
Lot. 1 Unité à Oulad Azouz  
Casablanca - Tél: 05 22 65 86 03

PHARMACIE MOULAY AHMED  
Lot. 1 Unité à Oulad Azouz  
Casablanca - Tél: 05 22 65 86 03

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 1, N° 61 - 1er Etage RP Chhdia - Casablanca - Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

2020/07/01  
00322-101

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80



6 118000 010227

92.00  
9x6  
Geol

PPV: 40DH00  
PER: 12/25  
LOT: L3937

bottu  
An Casanha - Almada - Casalho  
Pharmacie Responsable



LOT: 31174  
PER: 03-26  
PPV: 42DH00

LOT : 220793  
EXP : 05/2025  
PPV : 43,00DH

LOT : 221206  
EXP : 08/2025  
PPV : 43,00DH

LOT : 220793  
EXP : 05/2025  
PPV : 43,00DH