

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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23- 024518

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 554 Société : RAM ND 7
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Chahraoui Fatima 10845
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22.11.2023

Nom et prénom du malade : CHAHRAOUI FATIMA Age :

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

Nature de la maladie : HDA Reparatrice

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

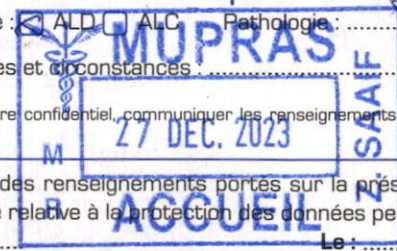
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
22/11/83	CSC ELC		20000 10000	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2, N°41 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa 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
M.G.G PHARMACIE AL DC Imn 4, Bloc Kasbat Al Amine Magasin 10 - Casablanca	22/11/83	M.G.G PHARMACIE AL DC Imn 4, Bloc Kasbat Al Amine Magasin 10 - Casablanca

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

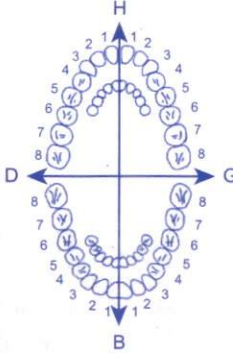
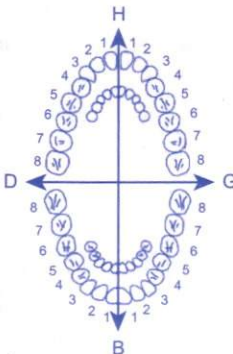
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 00000000 35533411 B </div> <div> 00000000 11433553 </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 cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
و الشرايين

114,000

PPV: 30DH00
PER: 03/25
LOT: L3553-3

114,000

114,000

22/11/2023

Casablanca, le :

114,000

114,000

PPV: 30DH00
PER: 12/24
LOT: L1696-5

PPV: 30DH00
PER: 03/25
LOT: L3553-3

CHAHRAOUI Fatima

TENSIOTEC 10

1 gélule le matin, pendant 6 mois

BIPROL 25

1/2 comprimé le matin 1J/2

30,00 x 12 = 360,00

Projet

96,00 x 3 = 288,00

288,00

37,00

1369,00

LOT 210918

EXP 12/2023

PPV 30.00DH

LOT 211146

EXP 04/2024

PPV 30.00DH

LOT 210918

EXP 12/2023

PPV 30.00DH

LOT 210918

EXP 12/2023

PPV 30.00DH

LOT 210918

EXP 12/2023

PPV 30.00DH

PPV: 30DH00
PER: 12/24
LOT: L2463-3

PPV: 30DH00
PER: 12/24
LOT: L1696-5

PPV: 30DH00
PER: 06/24
LOT: L1070-3

PPV: 30DH00
PER: 03/25
LOT: L3553-3

2, رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 91 07 62 - 0604 72 39 14 - البريد الإلكتروني : dhibenjelloun@gmail.com

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