

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

M23-0023342

193045

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3820 Société : Retraite

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAKIDIS ELMOUSTAFI

Date de naissance : 01/01/1845

Adresse : N°22 RUE 40 lot n°11 ABD RAHMANE ouffa

Tél. : 0662247318 Total des frais engagés : 2019,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mendi BENELOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 19 14

Cachet du médecin :

Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : BAKIDIS ELMOUSTAFI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : en diabète

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Casab Le : 01/02/24

Signature de l'adhérent(e) : Cou



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
10/10/24	CCN		200,00	Dr. Nédi Ben YOUSSEF CARDIOLOGUE N° 1061 1er étage RP Champs Elysées Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 32 14 IMPE: 911200070
	ECC		100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SORELLEINNE Groupe RUE DE LA EL dufa - Casablanca Tel. 05 22 89 09 63 I.C.E. 00050024800026	29/10/24	1719,40

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	

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	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 29/01/24

Nom et Prénom : BRAKMD ELMASSAFA

64,40x3

1) IRIN ARION 5



50,70x2

4) Gudemeel 2,5



23,00x3 1/18 401

3) INI DMS 5



103,40x3 1 401

4) Tolox 50 Cetrol 50



5) 153,30x6 1 401 16-
 1 401 21-

PHARMACIE SOUFIANE
 Groupe A S.A.S N° 33/25
 EL Oulfa - Casablanca
 Tel: 0522 89 09 63
 I.C.E. 000500246000026

HT 2000

BP

دكتور مهدي بنجلون - Dr. MEHDI BENJELLOUN
 CHAMOOGUE - 1er Etage - Rue 2, N° 61 - EL Oulfa - Casablanca - Tél: 0522 91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

زنقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهادة - الائقة - 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

28,80

Ukraenil forte

37,00 \sim upa 31.

Dosage

up + U,

T = 1719,40

لـدكتـور مـهـدى بـنـجـلـون
Dr. Mehdi BENJELOUN
CARIOLOGUE
Rue 2, N° 61, 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa
Tél: 05 22 91 07 02 06 04 72 33 14
Mobile: 05 55 55 55 55

153 DH30

PPV 153DH30

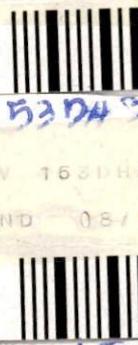
SGAND 08/2026



153 DH30

PPV 153DH30

SGAND 08/2026



PPV 153DH30

SGAND 08/2026

PPV 153DH30

SGAND 08/2026



PPV 153DH30

SGAND 08/2026

153 DH30

153 DH30

PPV 153DH30

SGAND 08/2026



LOT : 230776
EXP : 04/2026
PPV : 43,00DH

UTAVI : LOT N° : ADD (DH) :

LOT N°:
EXP:

64DH40

LOT N°:
EXP:

64DH40
64DH40
LOT N°:
EXP:

LOT : 230776
EXP : 04/2026
PPV : 43,00DH

UTAVI : LOT N° : ADD (DH) :

LOT : 230776
EXP : 04/2026
PPV : 43,00DH

UTAVI : LOT N° : ADD (DH) :

EXP : P.P.V.
10 2026 103 40
LOT N° : HP 2196

P10023944

EXP : P.P.V.
10 2026 103 40
LOT N° : HP 2196

P10023944

EXP : P.P.V.
10 2026 103 40
LOT N° : HP 2196

P10023944

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
7862160246
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
7862160246
PPV: 50,70 DHS

DUOXOL 500mg/2mg دووكول
Boite de 20 comprimés

37 DH

PPV

LOT

PER

28DH82
PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 05599246000026

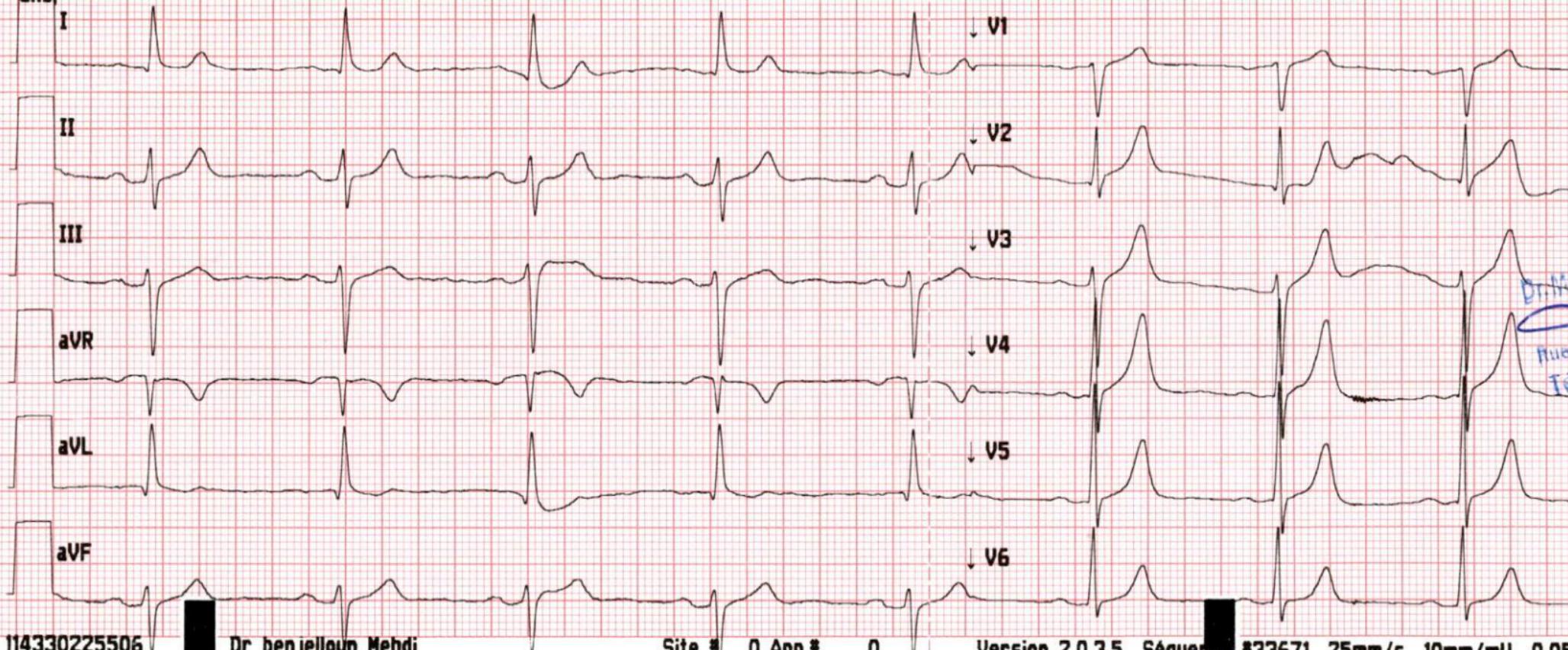
PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 05599246000026

71.447

29-Jan-2024 16:42:23 Fréq. Card.: 58 BPM
 Axes P-R-T: 66 -32 57 Int PR: 208ms
 Dur.QRS: 94ms QT/QTc: 389/386ms

29-Jan-2024 16:42:23

ID:
 D-naiss:
 ans.



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site # 0 App.# 0

Version 2.0.3.5 Séquence #33671 25mm/s 10mm/mV 0.05