

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

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



ACCUEIL

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014591

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2818 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : M. AKINAJA Date de naissance :

Adresse : RES. FARHATINE AV. TOHANE BOUZIANE INNS No. 13

Tél. : 066 158 0701 Total des frais engagés : 1500,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/10/2020

Nom et prénom du malade : MOUTTAQI NASHA Age :

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

Nature de la maladie : HTA + CARDIOPATHIE

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) :

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
22/10/2020	ECT ECC		150,00 100,00	Dr. Mehdi BENJELLOUN DENTISTE RUE 2 N° 111 - 12 - 05 64 72 33 14 INPE: 94430570

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/10/2020

1.250,60

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

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 :

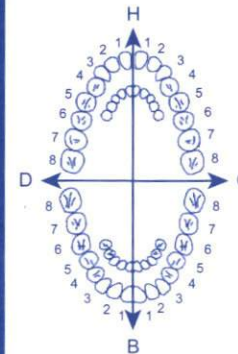
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'OC

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

H

25533412
00000000

21433552
00000000

D

00000000
35533411

G

00000000
11433553

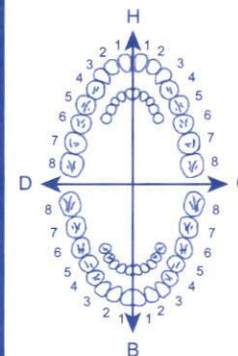
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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

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

Casablanca, le : 22/10/2020

MOUTTAKI Najma

84,80 x2
PREZAR 50

1/2 comprimé, matin, pendant 3 mois

47,00 x2
XEDILOL 6.25

1/2 comprimé, matin, pendant 3 mois

2380 x3
ASKARDIL 160

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

99,00 x3
COSTAL 20

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

150,40 x3
VASTAREL 35

1 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

22,20
CODOLIPRANE

1 comprimé, matin et soir

113,70
RANCIPHEX 20

1 comprimé le matin à jeun

31,50
PYROSIX

1 cam, matin et soir

1250,60

زنتة 2, رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - 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

PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables
6 118000 041627

PREZAR® 50mg
Losartan
30 Comprimés pelliculés sécables
6 118000 041627

VASTAREL® 35mg
Dichlorhydrate de trimétazidine
60 Comprimés pelliculés
6 118000 100218

VASTAREL® 35mg
Dichlorhydrate de trimétazidine
60 Comprimés pelliculés
6 118000 100218

PPV: 84DH80
PER: 06/23
LOT: J1901

PPV: 84DH80
PER: 05/23
LOT: J1596

150,40

150,40

XEDILOL 6,25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
6 118000 021766

LOT 201661
EXP 07 2023
PPV 47 00

VASTAREL® 35mg
Dichlorhydrate de trimétazidine
60 Comprimés pelliculés
6 118000 100218

Codoliprane®
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeïne 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES
6 118000 040217

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles
6 118000 033196

ASKARDIL® 160 mg
30 comprimés dispersibles
6 118000 033196

RANCIPHEX® 20 mg
28 comprimés gastro-résistant
Voie orale
6 118001 300808

PPV 22DH20
PER 06/22
LOT J1735

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 90013 1

ASKARDIL® 160 mg 30 comprimés dispersibles
PPV 23DH80
EXP 03/2022
LOT 90013 1

PPV: 113 DH 70

niéreur,
fants,
ssant pas

أجرعة
فل.
ة موية.

XEDILOL 6,25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
6 118000 021766

LOT 201661
EXP 07 2023
PPV 47 00

Pharmacien Responsable
PYROSIX®
Aiguille de solution - Sachet de 250 ml
Suspension buvable - Flacon de 250 ml
PPV : 31,50 DH
6 118000 191537

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés
6 118000 340737

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés
6 118000 340737

COSTAL® 20 mg
Atorvastatine (DCI)
30 Comprimés pelliculés
6 118000 340737

LOT : 200734
UT AV : 05/2023
PPV : 99,00DH

LOT : 200734
UT AV : 05/2023
PPV : 99,00DH

LOT : 200734
UT AV : 05/2023
PPV : 99,00DH

22-Oct-2020 12:43:16 Fréq. Card.: 72 BPM
Axes P-R-T: -4 -16 13 Int PR: 133ms
Dur.QRS: 100ms QT/QTc: 351/376ms

22-Oct-2020 12:43:16

ID:
D-naiss:
ans,

Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بنجلون

CARDIOLOGUE

Rue 2, N°61 - 1er Etage Rd Chahdia - El Oulfa

Tel: 06 22 91 07 62 - 06 64 72 39 14

WP5: 91179670

NOUITAKI
NAOM A

