

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0034719

ND° = 21082

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

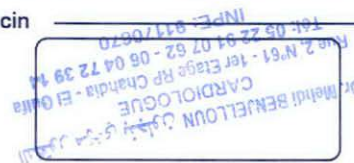
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED  
 Date de naissance : 01-01-1944  
 Adresse : LOT ATTAMOUNE RUE 1 APPT 1 IN BOULFA  
 CASA  
 Tél. 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 893.40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/02/2020  
 Nom et prénom du malade : BELANTARI MALIKA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 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 : CASA

Le : 06/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

# 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
06/02/2020	CCN ECCG		150,00 100,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

**PHARMACIE SOUFIANE**  
Groupe K - Bde 154 N° 23/25  
EL Quifa - Casablanca  
Tél : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

06/02/2020

893,40

# 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

A M

P C

I M

I V

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 :

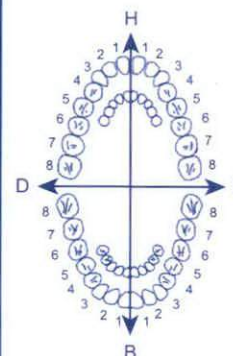
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

# 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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

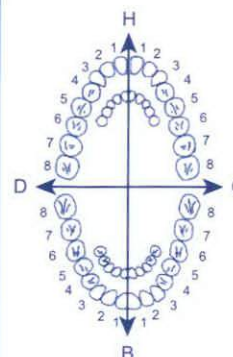
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



**الدكتور مهدي بنجلون**  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

06/02/2020

Casablanca, le : .....

**BELANTARI Malika**

125,00 x 3

**CO ANGINIB 50/12.5**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

22,40 x 3

**ASKARDIL 75**

1 comprimé à midi, pendant 3 mois

150,40 x 3

**VASTAREL 35**

1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois

T = 893,40

LOT: 244  
PER: NOV 2021  
PPV: 125 DH 00

LOT: 244  
PER: NOV 2021  
PPV: 125 DH 00

LOT: 244  
PER: NOV 2021  
PPV: 125 DH 00

**PHARMACIE SOUFI**  
Groupe K. Rue 2, N° 61 - EL Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 89 09 63  
I.C.E. 0500246000026

150,40

150,40

150,40

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés  
PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 3

ASKARDIL 75 mg 30 comprimés  
PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 3

مدار الشهدية - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - 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 : drmeh

PPV 22DH40  
EXP 11/2021  
LOT 90039 3

6-Fév-2020 16:59:46 Fréq. Card.: 61 BPM  
Axes P-R-T: 48 -16 22 Int PR: 226ms  
Dur.QRS: 100ms QT/QTc: 386/390ms

6-Fév-2020 16:59:46

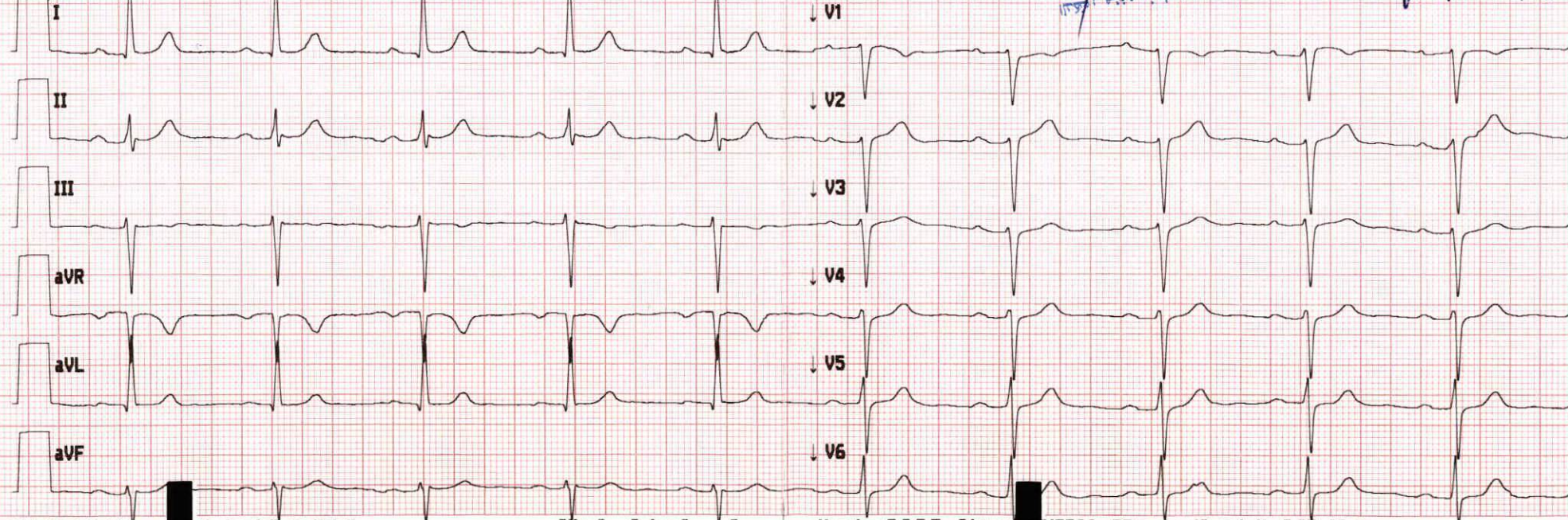
Dr. Mehdi BENJELLOUN  
Rue 2, N°61 - 16, 04 72 39 14  
Tél: 05 22 91 47 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670  
C.A.M. JLOOBE  
CH. CHAHIDIA - EL OULFA

BELANTARI  
NANITA

ID:

D-naiss:

ans,



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquence \*13364 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz