

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 - 5ème 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° M21- 0020966

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3242 Société : 68279

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL AJI Chadia

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666339277 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :



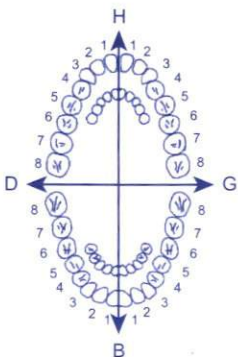
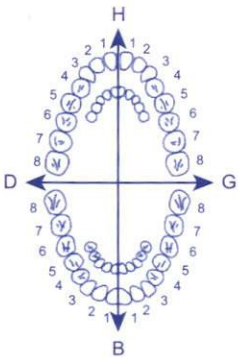
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

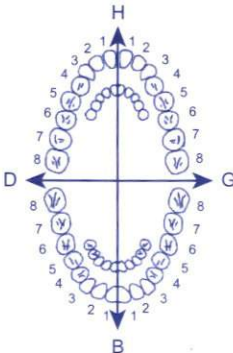
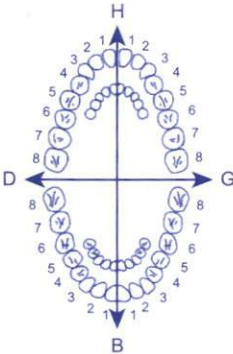
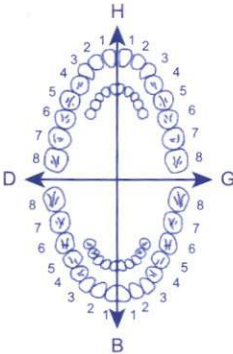
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 30px;"></div> </div>
	[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

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS		
					DEBUT D'EXECUTION		
					FIN D'EXECUTION		
		O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D-----G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			
<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				MONTANTS DES SOINS			
					DATE DU DEVIS		
					DATE DE L'EXECUTION		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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										
				Montant des soins										
				Début d'exécution										
				Fin d'exécution										
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins	
	H													
	25533412	21433552												
00000000	00000000													
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction)		Date du devis												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Fin de												

VOLET ADHERENT

NOM : Mle

DECLARATION N°

W18-401491

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



W18-401491

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 3242

Nom & Prénom

ELASI chadia

Fonction : Reformée

Phones: 0666 339277

Mail

MEDECIN

Prénom du patient

ELASI CHADIA

Adhèrent

Conjoint

Enfant

Age

1959

Date

12/4/21

Nature de la maladie

H.T.A

Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

CST
ECC

2800

PHARMACIE

Date

12/04/2021

Montant de la facture

1039,50
50.00

PHARMACIE EL LOTI

Mme. BENJELOUN NEAMA

313, Bd. Oued Tensift El Oued

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Date

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM

PC

IM

IV

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des Maladies
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :12/04/2021.....

ELAJI Chadia

159,50 x 3
BI PRETERAX 10/2.5

497,00 1 comprimé le matin, pendant 5 mois

MALANIL

1 comprimé le matin et soir

2180 AVLOCARDYL 40

22.20 1 comprimé le matin

PHARMACIE EL LOTF
Mme BENJELLOUN NEAMA
312, Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850

LOT: 20E011
PER: 09/2023

P.P.V.: 41DH80



6 118000 010227

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat

ID: 564 060

PPV: 497,00 DH



6 118001 142064

PPV: 22DH20
PER: 11/20
LOT: H2551



PPV: 159DH50

PPV: 159DH50

159,50

PHARMACIE EL LOTF

Mme BENELLOUN NEAMA

313, Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

PHARMACIE EL LOTF

Mme. BENJELLOUN NEAMA

313, Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

21/04/21 Lej

Facture N°

04

M. el Razi chadian

Quantité

désignation

Prix

Montant

1 BHumic X fact 28.00 28.00
2 Doliprone 1g cf 14.00 28.00

50.00

PHARMACIE EL LOTF
Mme. BENJELLOUN NEAMA
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa
Casablanca - Tél: 022.91.00.23

Rhumix®

Boîte de 10 sachets



P.P.V. : 22,00 DH



6 118000 191032

ID:

D-naiss:

ans,

12-Avr-2021 18:27:38 Fréq. Card.: 79 BPM

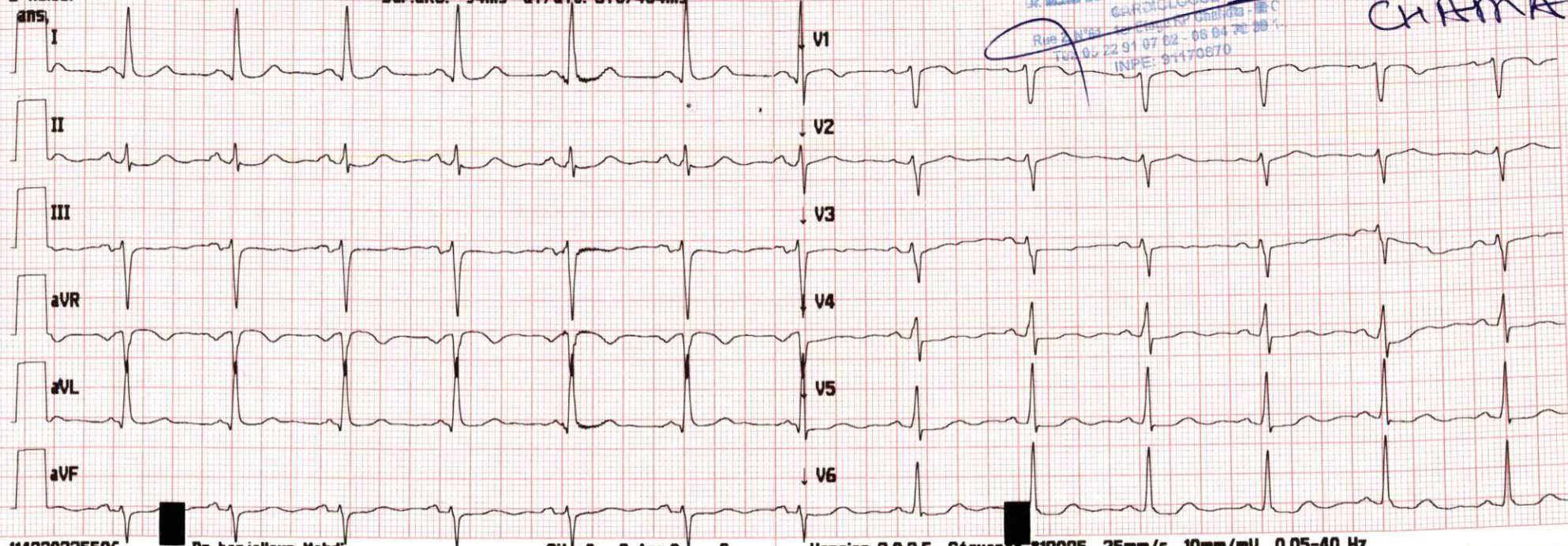
Axes P-R-T: 34 -22 18 Int PR: 150ms

Dur.QRS: 94ms QT/QTc: 370/404ms

12-Avr-2021 18:27:38

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2 Mars 15, El Jazayer, Ghardaia - Alg.
Tél: 02 22 91 07 02 - 08 04 76 80
INPE: 91170870

ELASTI
CHAMIA



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *18085 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz