

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## itique :

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.

## entaire :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 063010

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3220 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BAKOUD Mustapha

Date de naissance : 19/05/1965

Adresse : 101 Sidi Abderrahman rue 40

N° 22 ou 23 CASR

Tél. 0662247318 Total des frais engagés : \$1776# Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/06/2021

Nom et prénom du malade : BAKOUD MUSTAFA 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 : Le : 21/06/2021

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
21/6/21	CSA ECG		150,00 100,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE SOUVERAINE</p> <p>Grande Rue 154 N</p> <p>EL Gharbi - Sidi Bouanane</p> <p>Tél : 05 22 99 09 63</p> <p>I.C.E. : 0200000146303026</p>	21/6/21	1526,1000

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

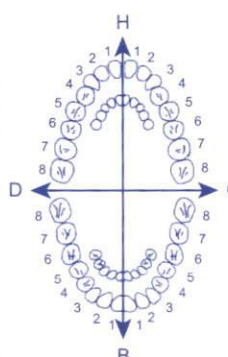
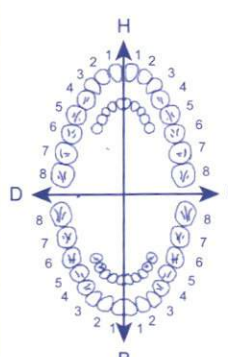
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 d

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																
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Casablanca, le : .....21/06/2021.....

Nom et Prénom : .....

**BAKDID Elmostafa**

125,60x6  
**BIPRETERAX 5/1.25**

50,70x31 comprimé le matin, pendant 6 mois

**CARDENSIEL 2.5**

103,40x6 1/2 comprimé le matin, pendant 6 mois

**TAHOR 20**

1 comprimé le soir, pendant 6 mois

1526.10  
**PHARMACIE SOUFIANE**

Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
EL OULFA - Casablanca

Tél : 05 22 09 09 83

I.C.E : 003506246003026

125,60

125,60

125,60

125,60

125,60

125,60



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246



6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg

Comprimés pelliculés sécables B/30

PPV: 50,70 DHS

7862160246

UT. AV. :

P.P.V

1 2 2 0 2 3 1 0 3 4 0

LOT N°: 1 3 0 0 7 3 2 V 3

UT. AV. :

P.P.V

1 2 2 0 2 3 1 0 3 4 0

LOT N°: 1 3 0 0 7 3 2 V 2

103,40

UT. AV. :

P.P.V

1 2 2 0 2 3 1 0 3 4 0

LOT N°: 1 3 0 0 7 3 2 V 3

UT. AV. :

P.P.V

1 2 2 0 2 3 1 0 3 4 0

LOT N°: 1 3 0 0 7 3 2 V 3

103,40

UT. AV. :

P.P.V

1 2 2 0 2 3 1 0 3 4 0

LOT N°: 1 3 0 0 7 3 2 V 3

UT. AV. :

P.P.V

1 2 2 0 2 3 1 0 3 4 0

LOT N°: 1 3 0 0 7 3 2 V 2

103,40

103,40

PHARMACIE SOUFIANE

Groupe K, Rue 154 N° 23/25  
El Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 43 09 33

I.C.E. : 003500246000026



ID:  
D-naiss:  
ans,

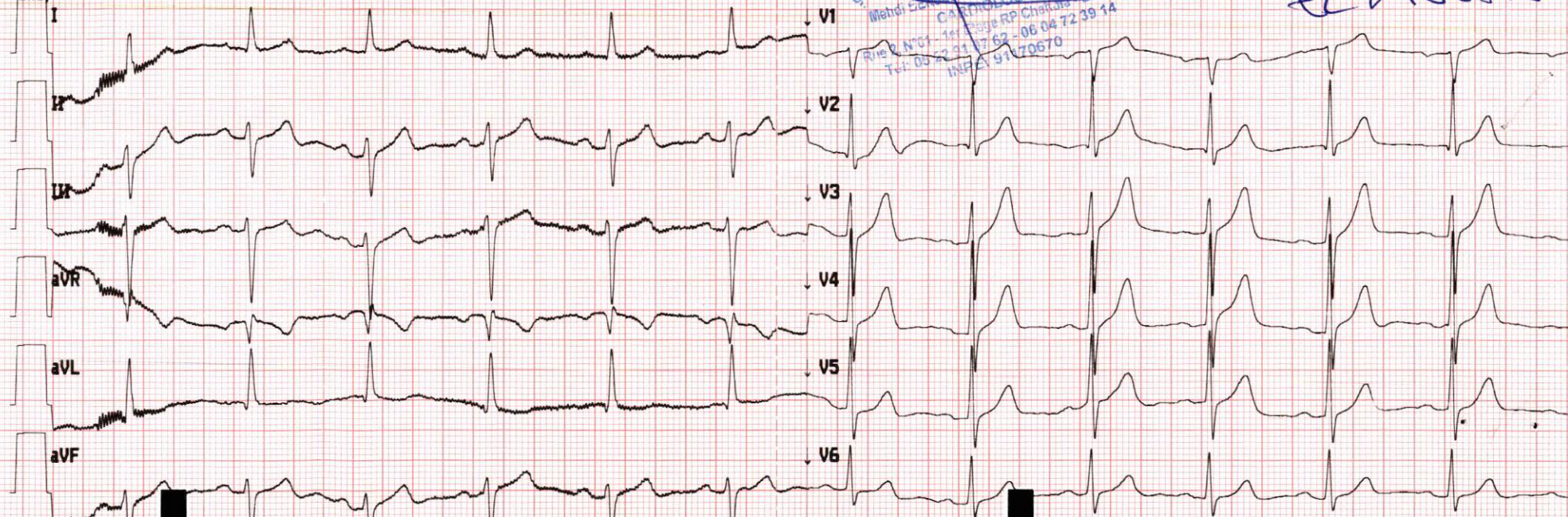
21-Jui-2021 16:20:37 Fréq. Card.: 75 BPM  
Axes P-R-T: 74 -54 69 Int PR: 183ms  
Dur.QRS: 94ms QT/QTc: 360/389ms

21-Jui-2021 16:20:37

70.557

BAKRI  
ELMOSTAFA

الدكتور مهدي بنجلون  
Mehdi BENE LOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N°01- 1er étage BP Chetoua El Oufia  
Tel: 05 42 21 17 62 - 06 04 72 39 14  
INPEI 91170670



114330225506

Dr benjeloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquence \*18939 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz