

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## armacie :

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.

## ptique :

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.

## ntaire :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

MD: N° P19- 049968

Maladie

Dentaire 81632

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 632 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED  
 Date de naissance : 01.01.1944  
 Adresse : CHE RABT IN. DA RUE 1 AFT. 1 DEL FA  
 Tél. 06.70.86.62.00 Total des frais engagés : 533,16 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

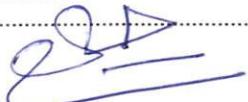
Cachet du médecin :  
 Dr. Mehd BENJELLOUN J. Nabil  
 CARDIOLOGUE  
 Rue 2, N° 61 - 1er Etage R.P Chatidia - El Oued  
 Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
 INPE: 01170670

Date de consultation : 29.07.2021  
 Nom et prénom du malade : HAJIL MOHAMED Age: 77  
 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 : 29.07.2021

Signature de l'adhérent(e) : 

### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29/07/21        | CS/C              |                       | 150,00                          | SENJELOUN C. Chana - El Oufa<br>C�CCIOLOGUE<br>Rue 2, N° 61 - 1er Etage R.P Chania - El Oufa<br>Tél: 06 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14<br>INPE: 91170670 |
|                 | CCA               |                       | 100,00                          |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SOUHAINE<br>Carré de Casablanca<br>Tél: 05 22 91 07 62<br>I.C.E. 00000000-0000 | 29/07/21 | 383,70                |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |
|                 |                |                  |             |                         |

| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   | Coefficient des Travaux |
|---------------------------|---|-------------------------|
|                           | H 25533412   21433552<br>00000000   00000000<br>D 00000000   00000000<br>35533411   11433553<br>B | MONTANTS DES SOINS      |
|                           | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession          |                         |
|                           |   |                         |
|                           |   |                         |
|                           |   |                         |
|                           |   |                         |
|                           |   |                         |
|                           |   |                         |

| DATE DU DEVIS | DATE DE L'EXECUTION |
|---------------|---------------------|
|               |                     |
|               |                     |
|               |                     |
|               |                     |
|               |                     |
|               |                     |
|               |                     |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

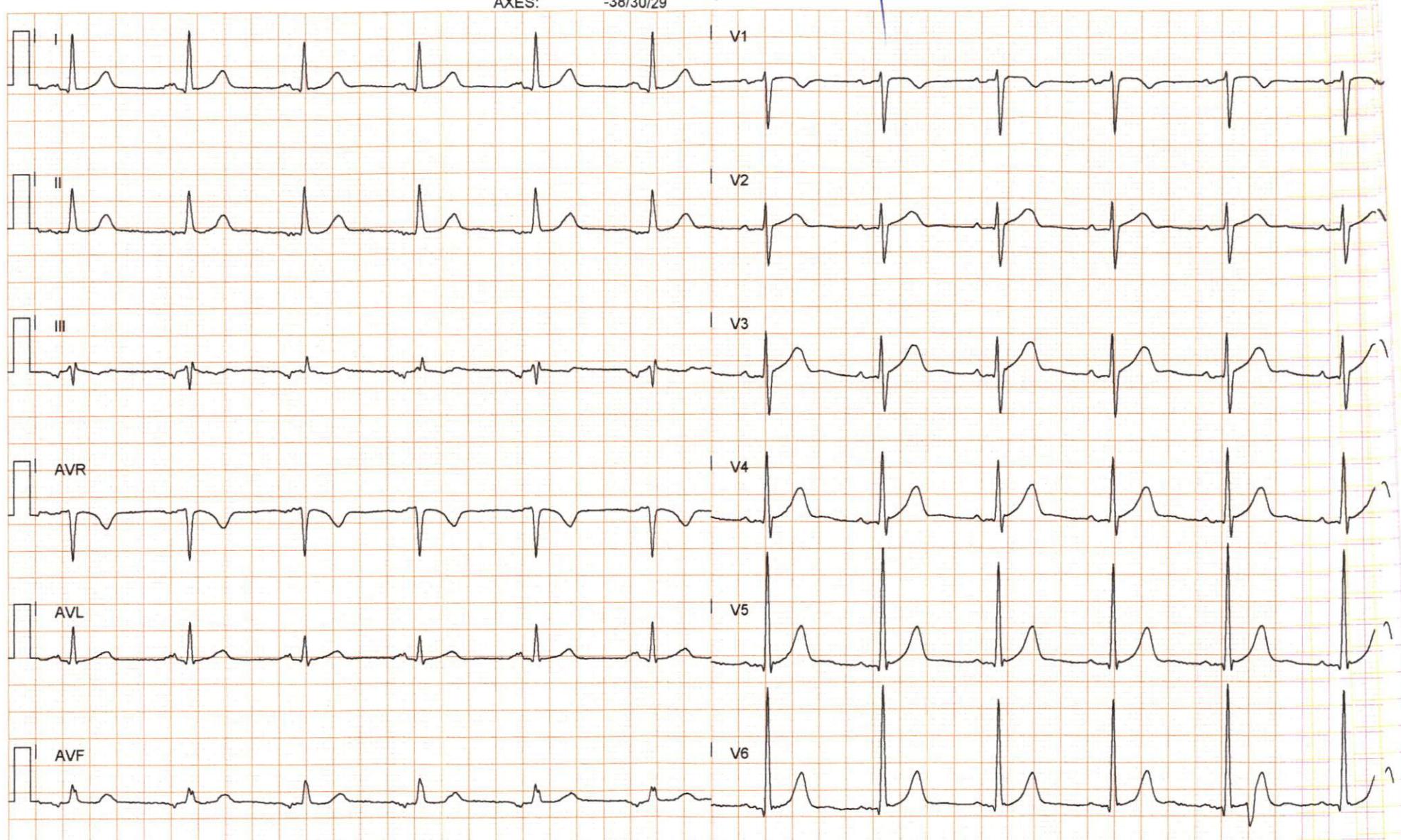
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

TAILLE: --- cm POIDS: --- kg TA: ---/---  
TRAITEMENT:  
OPÉRATEUR:  
NOTES:

PR: 702 ms  
QRSd: 84 ms  
QT/QTc: 382/399 ms  
QTcB: 412 ms  
QTcf: 402 ms  
R v5-6 /S v1 2,16/1,02 mV  
Sok-Lyon: 3,17 mV  
AXES: -38/30/29 °

دكتور مهدي الجلون  
Mehdi ALJELOUN  
CARMOLUC  
Rue 2, N°61 1000 Bruxelles  
Ref: 05 24 91 17 52 - 06 04 72 39 14  
IME: 91170670

W.M. 55





Casablanca, le : .....  
29/07/2021

Nom et Prénom : .....

HAJIL Mohamed

127,70 x 3

ATACAND 8

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

T = 383,10

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair beno al souam roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg Cpr séc  
Bte de 30  
139/16 DMP/21/NRQ P.P.V : 127,70 DH  
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair beno al souam roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg Cpr séc  
Bte de 30  
139/16 DMP/21/NRQ P.P.V : 127,70 DH  
6 118001 020539

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair beno al souam roches  
noires casablanca  
ATACAND

8 mg Cpr séc  
Bte de 30  
139/16 DMP/21/NRQ P.P.V : 127,70 DH  
6 118001 020539

PHARMACEUTIQUE SOUFIANE  
Groupe X  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 59 09 53  
I.C.E : 000500\_165533

الدكتور مهدي بنجلون رقم 61 - الطابق الأول - 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 - Al Afifa - Al Chaïda - El Oulfa  
Tél : 05 22 51 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE : 91170670