

**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.

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 051973

Maladie Dentaire Optique **85676** 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 : CHERAM IN 80 APPTA QUEI OUL FA CASA
Tél. : 0670.98.62.00 Total des frais engagés : 754,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 09/09/2021
Nom et prénom du malade : BELANTARI MALIKA Age: 68
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : HSD + DIABETE
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 : 09/09/2021
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
01/09/21	ECG ECG		150,00 100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	1-9-2021	T = 488,10 dhs.

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
		AM	PC	IM	IV	

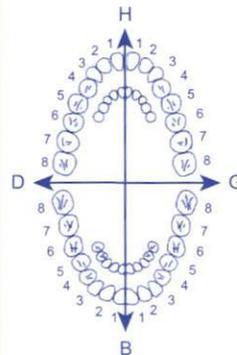
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des Maladies
du Coeur et des Vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 01/09/2021

Nom et Prénom :

BELANTARI Malika

125,00 x 3

CO ANGINIB 50/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

27,70 x 3

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

T = 458,10

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, P. de 154 N° 13/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél. : 05 22 89 09 63
I.C.E : 00500246000026
INPE : 092054428

LOT: 288
PER: AVR 2023
PPV: 125 DH 00

LOT: 290
PER: MAI 2023
PPV: 125 DH 00

LOT: 290
PER: MAI 2023
PPV: 125 DH 00

الدكتور مهدي بنجلون
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chhhdia - EL Oulfa
Tél: 05 22 89 09 63 - 06 04 72 39 14
INPE 1470370

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

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, 61 - 1er Etage - Rp Chhhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél.: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

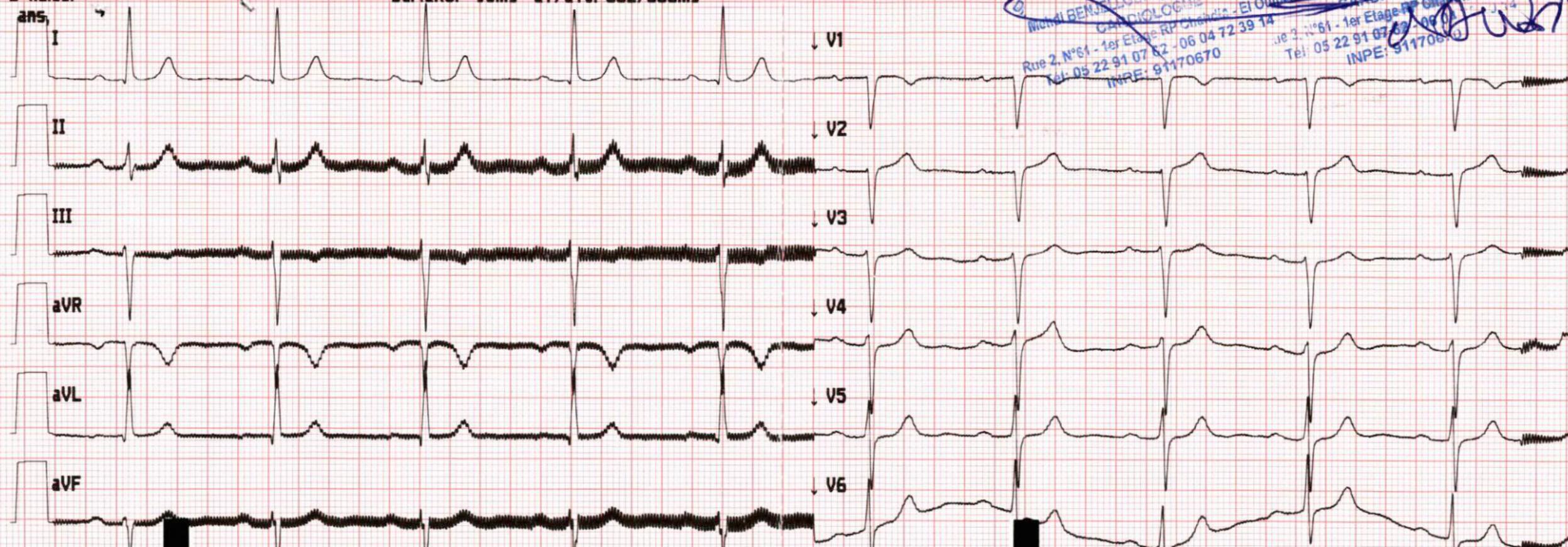
ID:
D-naiss:
ans,

1-Sep-2021 17:29:18 Fréq. Card.: 61 BPM
Axes P-R-T: 36 -21 24 Int PR: 229ms
Dur.QRS: 95ms QT/QTc: 382/386ms

1-Sep-2021 17:29:18

70.55

مستشفى بن جلولون
Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Ohanghla - F.M. 13
Tel: 05 22 91 07 82 - 06 04 72 39 14
INPE: 91170670
70.55
Dr. Benjelloun
Dr. Benjelloun



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App * 0

Version 2.0.3.5 Séquence *19631 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz