

# 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.

## Education :

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.

## Prothétique :

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° M21- 0020968

201687

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3242	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	EL AJI chadiia ép loubkili
Nom & Prénom :		EL AJI chadiia ép loubkili	
Date de naissance :		6/4/58	
Adresse :		Rue T6 n° 35 groupe P oulfa - Casa	
Tél. :	0666339277	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Mendi BENJELLOUN CARDIOLOGUE RUE 2 N° 1 - 1er Etage RP Chahda - El Ouhada 27 91 07 52 - 05 54 72 39 10
Date de consultation :	28/12/2021
Nom et prénom du malade :	EL AJI CHADI'A
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	HDA
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) :

### 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
18/12/21	CC/1-			<i>[Signature]</i>
				<i>[Handwritten text in French]</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE EL OLF Imp. BENJELLOUN NEAMA 13 Bd. Oued Tensift El Oulfa Casablanca - Tél: 022.91.00.12	28/12/21	500,00
INPE 092025014	30/12/21	44,70

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE 092025014		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

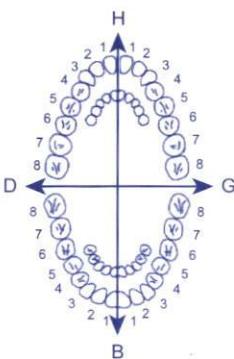
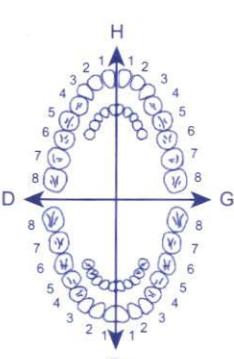
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KINESE THERAPEUTIQUE ABDULLAH BOUCHRA	24/12/21					

### 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 canalaire, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552	
D	00000000	00000000		MONTANTS DES SOINS
B	00000000	00000000		DATE DU DEVIS
G	35533411	11433553		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des maladies  
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : ..... 28/12/2021.....

Nom et Prénom : .....

ELAJI Chadia

125.60 X3 BI PRETERAX 5/1.25

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

AS

50.70 CARDENSIEL 2.5

1 comprimé le matin, pendant 1 mois

AS

14.00 X2 DOLIPRANE 1000

1 comprimé, matin et soir, pendant 2 BOITES

AS

27.70 CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 1 mois

AS

17.80 BARALGIN 500

1 comprimé, matin et soir

500.40

Dr. Mehdi BENJELLOUN نبض بنجلون  
Rue 2 N°61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 38 14  
Fax : 05 22 91 07 60  
E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

~~PHARMACIE EL LOTÉ~~  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Sousse  
Casablanca - Tél: 022.91.00.51

125,60

125,60

125,60

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7882169246

PPV: 14DH00  
PER: 08/24  
LOT: K2197



PPV: 14DH00  
PER: 06/23  
LOT: J1941



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

6 118001 090280

EXP

BARALGIN M 500MG  
CP PEL B2C  
P.P.V.:17DH20  
6 118000 060635

PHARMACIE EL LOTE  
Mme. BENJELLOUN NEAMA  
313, Bd. Oued Tensift El Oulfa  
Casablanca - Tel: 022.91.00.27

ELA jidradia

Le 30/12/21

Facture N° 06

M.

Quantité	désignation	Prix	Montant
0.1	linencie st cedrat 47	22.70	22.70
			5.1.
			5.1.

HARMAKIE EL LOTTE  
Mme BENELLOUN NEFIMA  
313, Bd Ouled Tensif, El Oulemia  
Casablanca, Tel: 02229100-33

INPE 141025020290

مختبرات الصناعية فارما  
يسعى لحلو قهوة صيدلي مسحوق

22.70





Casablanca, le

24/01/2022

facture 1122

EL AJI CHADIA

1 séance de rééducation du  
rachis cervical et de l'épaule  
est à 150 dh

des peines  $\times$  150 dh = 3000 dh  
Corrigée la présente facture à  
Trois mille dh)

ABELAOUI BOUCHRA  
KINESITHERAPIE  
Tél: 05 22 89 39 32

TCE 543859 000 05

Lotissement Yassine N° 49, Oulfa - Casa - Tél.: 05 22 89 39 32 - GSM : 06 68 30 18 55  
E-mail : abelaouibouchra@yahoo.fr - RC : 397960 - Patente : 36215431

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



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : .....28/12/2021.....

Nom et Prénom : .....

ELAJI Chadia

**20 SEANCES DE SEANCES DE REEDUCATION DU RACHIS  
CERVICAL ET EPAULE**

الدكتور مهدي بنجلون  
Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE  
N°61 - 1er Etage - El Oulfa - Casablanca - El Oulfa  
Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14  
Fax : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14