

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 :

Ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

Entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séances d'éducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Prothèses :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

Facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

soins est obligatoire, en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie Chronique et Affection Longue Durée ALD et ALC :

Déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
charge : pec@mupras.com
et changement de statut : adhesion@mupras.com

ant le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0059247

107555

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZOUINIS ABDELKARIM

Date de naissance :

15/06/1948

Adresse :

27 Rue Témim 15 L KAFAN Mous

APT N° 27AAREF

Tél. : 065 890 33 71

Total des frais engagés : 1168,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N°51 1er Elagez R' Chahda - El Oued
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
NIP: 9170073

Date de consultation : 10/03/2022

Nom et prénom du malade :

ZOUINIS KHADIA Age: 1968

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HIA + PHLEbite

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 : 08/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
01/09/10	CCN ECC		250,00	Mehdi BENJELLOUN CAPNOI OS Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chatelet Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 33 INPE: 01/09/10

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES MAUSOLÉES Dr. SIJELMASSI Gouicha 30, Rue Mousaoui D. HAFIZ Casab - TAÏ-DE 75	08/03/2022	917,00

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	

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 ~~cas~~ de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'UDI

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAILX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
REVIS

1

DATE DE
L'EXECUTION

ORDONNANCE

Cachet du médecin

A

, Le :

08/03/2022

SADAWI Khadija

649,00
REXABAN 20



1 comprimé le matin, pendant 3 mois
134,50 x 2 = 269,00
CO IRBESAR 150/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois



T = 918,00



PHARMACIE DES MAUSOLEES
Dr. S. JELMASSI Bouchra
30, Rue Mohamed 60
Casab - Tél: 05 22 91 28 09

D. Mahdi BENJELLOUN
CARDIOLOGIE
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Casab
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
Fax: 05 22 91 28 09

6

118000

072690



56 comprimés pelliculés

Rexaban® 20 mg

بر طربن الفم

56

20

رِهَاوِوكِسَابَان

رِهَاوِوكِسَابَان



64640102

کو ایر بیز ار® صان



COIRBESAR® SUN 150mg/12,5mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



PPV :

134DH30

Lot n° :

Exp. :

150 ملغ
12,5 ملغ

28

کو ایر بیز ار® صان



COIRBESAR® SUN 150mg/12,5mg
Boîte de 28
comprimés pelliculés
Voie orale



PPV :

134DH30

Lot n° :

Exp. :

150 ملغ
12,5 ملغ

28

valable 3 mois

Le 07/03/2002

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. Mehdi BENJELLOUN *Médecin Général*
GARDELOGUE

Rue 2, N°61 - 1er Etage - 91000 Casablanca - El Oulfa
Tél. 05 22 83 97 62 - 06 04 72 39 14

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SAMIA BENJELLOUN

Présente

HTA + PHlébite

Nécessitant un traitement d'une durée de :

à vie pour l'HTA

6 mois PHlébite

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

*Dr. Mehdi BENJELLOUN
GARDELOGUE
Rue 2, N°61 - 1er Etage - 91000 Casablanca - El Oulfa
Tél. 05 22 83 97 62 - 06 04 72 39 14*

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

70.557

B-Mar-2022 14:22:11 Fréq. Card.: 64 BPM
 Axes P-R-T: 66 -6 32 Int PR: 198ms
 Dur.QRS: 100ms QT/QTc: 391/400ms

ID:
 D-naiss:
 2ns,

I

II

III

aVR

aVL

aVF

B-Mar-2022 14:22:11

دكتور مهدي بخلون
 Dr. Mehdi BENELLOUN
 CARDIOLOGUE
 Rue 2, N°61 - 1er Etage pp Chahdia - El Oued
 Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 73 32 14
 ICP: 91170670

Dr. Benjelloun
 Mehdi

114330225506

Dr. benjelloun Mehdi

Site # 0 App # 0

Version 2.0.3.5 Séquence 22567 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz