

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.

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com

Personne 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

M22- N° 000349

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8365 Société : 109589

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montant des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire H 25533412 00000000 D 00000000 35533411		21433552 00000000 G 00000000 11433553	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Montant des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
Cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution		

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0035069	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0035069

DATE DE DEPOT

1 / 2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 8365	Signature
Nom & Prénom		JRIA ABDELILAH	
Fonction	EX - CDB	Phones 9661233376	
Mail		abjia@gmail.com	
MEDECIN		Prénom du patient HASSANI SAMAA	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 1974	Date 21/2/22
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances PARIRADU			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
CCP ELC		25000	
PHARMACIE		Date 21/02/22	
Montant de la facture		290,80	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
	CACHET		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
		290,80 + 250	

PHARMACIE AL OUAED
S. CHALAK Hal Nasser
Docteur en Pharmacie
55. Av. Oues Sebou - El Oulfa
Casablanca
Tél/Fax : 05 22 90 53 45
ICE : 0015414680000

Dr. Mehdi BENJELLOUN

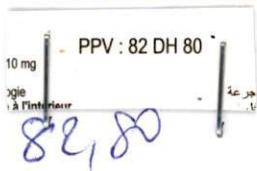
**Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux**



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le :24/02/2022.....

Nom et Prénom :



HAJJAJI Sanaa

Lot: DS09/21A
DLC: 09/2024
P.P.C : 109,00 DH

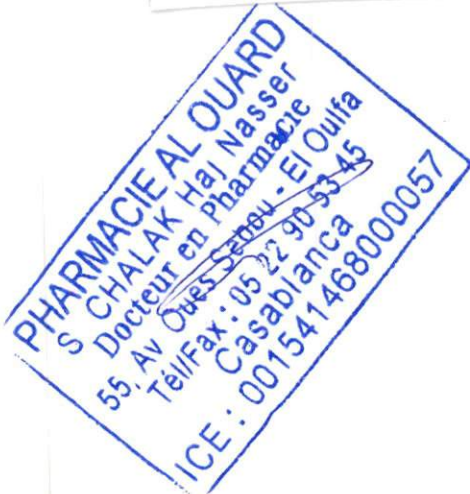
RANCIPHEX 10

1 comprimé le matin à jeun
DSTRESS

1 comprimé, matin et soir

LIXIFOR

1 comprimé le soir



الدكتور مهدي بنجلون
Dr. MEHDI BENJELLOUN
Casablanca
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - R. chhda - EL Oulfa
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14
E-mail: drmehdibenjelloun@gmail.com

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, N° 61 - 1er Etage - R. chhda - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

21-Fév-2022 14:21:50 Fréq. Card.: 56 BPM
Axes P-R-T: 39 -7 0 Int PR: 109ms
Dur.QRS: 84ms QT/QTc: 425/416ms

21-Fév-2022 14:21:50

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CHU de FENELLOUN
Rue 2, N°61 - 1er Etage BP Chénoua - 59000
Tél: 03 20 92 78 82 - 78 04 72 39 14
Fax: 03 20 92 78 83

HABIB
SANDRA

ID:
D-naiss:

ans

I

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquen *22291 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz