

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.

Radiologie 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

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.

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- 080642

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03719 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHIEB ABDELKADER
 Date de naissance : 10/03/1959
 Adresse : HAY INARA 1 RUE 26 N°4
 Tél. : 0666726970 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : DR. BENJELLOUN Mohammed Karim
 Date de consultation : 15/06/2022
 Nom et prénom du malade : CHIEB ABDELKADER Age : 63
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : 15/06/2022
 Signature de l'adhérent(e) : Achraf

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
15/06/2022	ECG	250		Dr. BENJELLOUN Mohamed CARDIOLOGUE 511 Jardin Al Oods California App (En Face poste Police et concessionnaire Renault) Tél: 0522 52 57 45 - Gsm:

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ANDALOUS BOUSKOUR BENCHAQROUN TAOUFI Docteur en Pharmacie Bouskoura - CASABLANCA Tél: 05 22 32 00 64	10/06/2022	1034,150

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

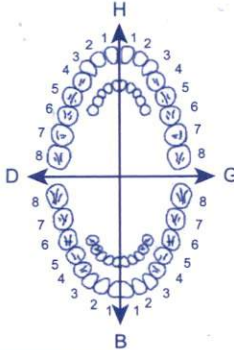
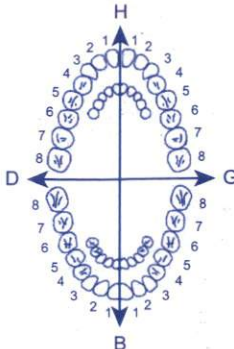
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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"/>																					
				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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BENJELLOUN Mohammed Karim

Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Hypertension Artérielle, ECG (tracé du cœur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

والضغط الدموي - الكوليسترول



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

DEAUX

Casablanca, le

15.06.2022

Dr Chibet Reachte



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH



6 118001 102020

Levothyrox® 100 µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 24,40 DH

91,00 x 3
24,40 x 3
150,00 x 3

Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
Bd. Al Qods (Ain Chock) Apt. 38
511 Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT)
Tél: 0622 65 13 15 - 0522 52 57 45

28,00

150,00

150,00

28,00

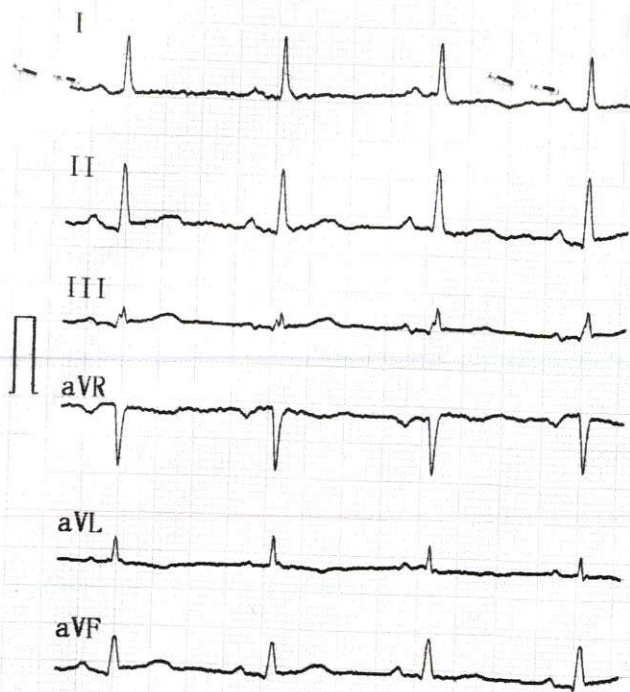
28,00

PPV: 56,30 DH
LOT: 21195D
EXP: 09/2023

TETRAMAG 30 CAPSULES
Complément alimentaire
Poids net 29.19 g
LOT:
PER:
PPC: 95,00 DH

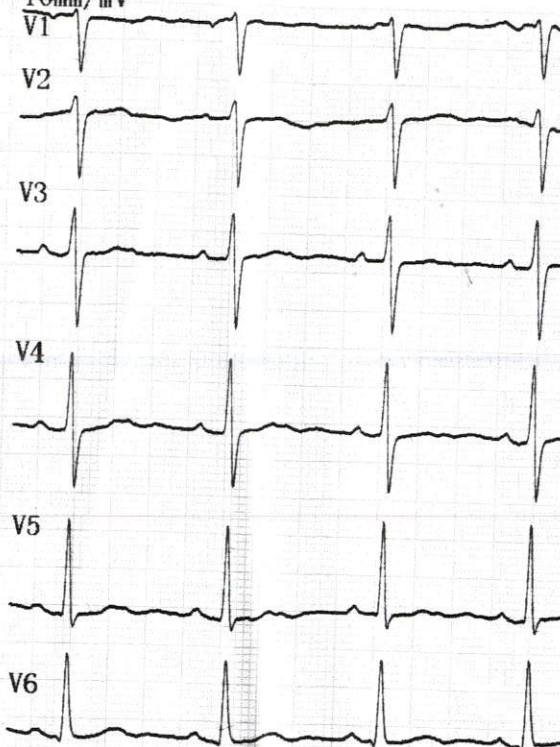
T = 1031,50

AUTO 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



Dr BENJELOUN mohammed karim
2022-06-15 11:49

ID:CHIHEB

Nom: RACHIDA

Taille: _____

Sexe: _____

Age: _____

FC

Poids: _____

[bpm]: 72

Intervalle PR

kg SYS/DIA: _____/_____ mmHg

Durée P

[ms]: 167

Durée QRS

[ms]: 127

Durée T

[ms]: 95

QT/QTc

[ms]: 412

Axe P/QRS/T

[ms]: 562/619

R(V5)/S(V1)

[deg]: 52.6/44.9/117.4

R(V5)+S(V1)

[mV]: 1.20/0.71

[mV]: 1.91

<<Conclusions>>

Médecin _____