

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- N° 003957

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 392 Société : 120719
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Benifazi Yanna
 Date de naissance : 1958
 Adresse : Hay Patta Meriem Bloc 1 N° 13
 Tél. : 0661866822 Total des frais engagés : 1161,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim
 CARDIOLOGUE
 Bd Al Qods (Ain Chock)
 511 Jardin Al Qods California Appt 38
 (En Face poste Police et concessionnaire RENAULT)
 Tél: 0522 52 57 45 - GSM:
 Date de consultation : 16/06/2022
 Nom et prénom du malade : Yanna Benifazi
 Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : ALD ☐ ALC ☐ Pathologie :
 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 : ACCUEIL Le : / / Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

Dr. BENDELLOU Mohamed Karim
BO AL Qods (Alchichich)
BO AL Qods California, MO 645
Tél: 0522 52 67 45 - Csm.

[illegible]

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

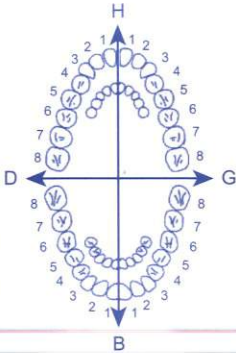
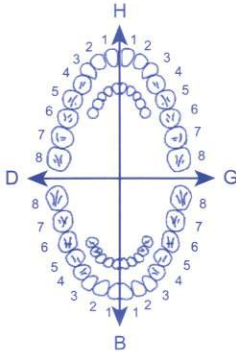
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

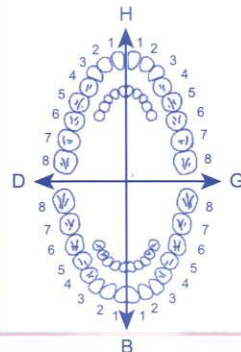
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

MONTANTS
DES SOINSDATE DE
L'EXECUTION

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

BORDEAUX



الدكتور بن جلون محمد كريم

اختصاصي في أمراض القلب والشرابين

والضغط الدموي - الكوليسترول

التخطيط الكهربائي للقلب، الهولتر

الفحص بالصدى

جامعة بورديو

Casablanca, le 16 - 06 2012

N° Bonifenzi Y.M.R.

13/10

Targ 80 : 1 - 0 - 0

AS

Aspirin 6,25 : 0 - 0 - 1/2

8140

om 2 20:10

AS

Aspirin 100

Telief 100

AS

IM

AS

T = 9M.10

TETRAMAG 30 CAPSULES
Complément alimentaire
Poids net 29.19 g

LOT:

PPV:

PPC 95.00 DH

T188

04/2023

LOT : 21E003
PER.: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E003
PER.: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E003
PER.: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E003
PER.: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E003
PER.: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E005
PER.: 05 2023

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E003
PER.: 12 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E005
PER.: 05 2023

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E005
PER.: 05 2023

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



611800 030316

TAREG 80 mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 131.50 DH

Omiz 20mg
28 gélules



Omiz 20mg
28 gélules



Omiz 20mg
28 gélules



Omiz 20mg
28 gélules



Omiz 20mg
28 gélules



Omiz 20mg
28 gélules



AUTO 10mm/mV

I

II

III

aVR

aVL

aVF

5mm/mV

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Dr BENJELOUN mohammed karim
2022-06-16 10:35

ID:BOUIFENZI

Nom: YMNA

Taille: _____

FC

Intervalle PR

Durée P

Durée QRS

Durée T

QT/QTc

Axe P/QRS/T

R(V5)/S(V1)

R(V5)+S(V1)

<<Conclusions>>

Sexe: _____

Age: _____

kg SYS/DIA: _____

mmHg

cm Poids: _____

bpm

ms :182

ms :150

ms :200

ms :277

ms :497/520

deg :36.7/ -5.2/99.6

mV :0.32/1.23

mV :1.55

25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

Médecin _____