

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- 0050133

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : 2.47

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : CHERAF RUE 1 APP 1 IN 80 OUL FA

Tél. : 0670.98.62.00 Total des frais engagés : 1148,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mehdi BENELQUIN CARDIOLOGUE

Date de consultation : 16/06/2022

Nom et prénom du malade : BELANTARI MALIKA Age : 69

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

Nature de la maladie : HTA

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 : 16/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
16/6/22	ECG		15000 100/100	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2-N°61 - 1 ^{er} Etage BP 61 Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE : 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOUFIANE Groupe K, Rue 154 N° 23/25 EL Oulfa - Casablanca Tél : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	16/6/22	898,7000

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

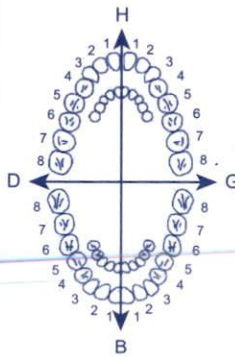
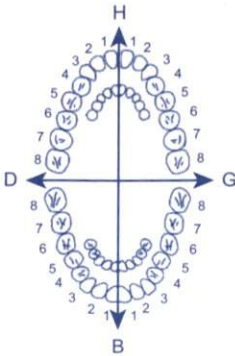
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 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. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : 16/06/2022

Nom et Prénom :

BELANTARI Malika

SULIAT HCT 160/5/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

COSTAL 20

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K, Rue 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tel : 05 22 89 09 63
I.C.E : 00050024600026

Dr. Mehdi BENJELLOUN
CARDIOLOGUE
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa
Tél : 05 22 89 07 62 - 06 04 72 17 00
N° 05 22 89 07 62

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



6 118001 090280

LOT : 210737
EXP : 05/2024
PPV : 99,00DH

LOT : 210737
EXP : 05/2024
PPV : 99,00DH

LOT : 210737
EXP : 05/2024
PPV : 99,00DH

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



6 118001 090280

زقة 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 - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

ID:
D-naiss
ans,

71.447
16-Jui-2022 12:32:09 Fréq. Card.: 58 BPM
Axes P-R-T: 39 -78 7 Int PR: 228ms
Dur.QRS: 94ms QT/QTc: 393/389ms

16-Jui-2022 12:32:09

Dr. Mehdi BENJELLOUN الدكتور مهدي بنجلون

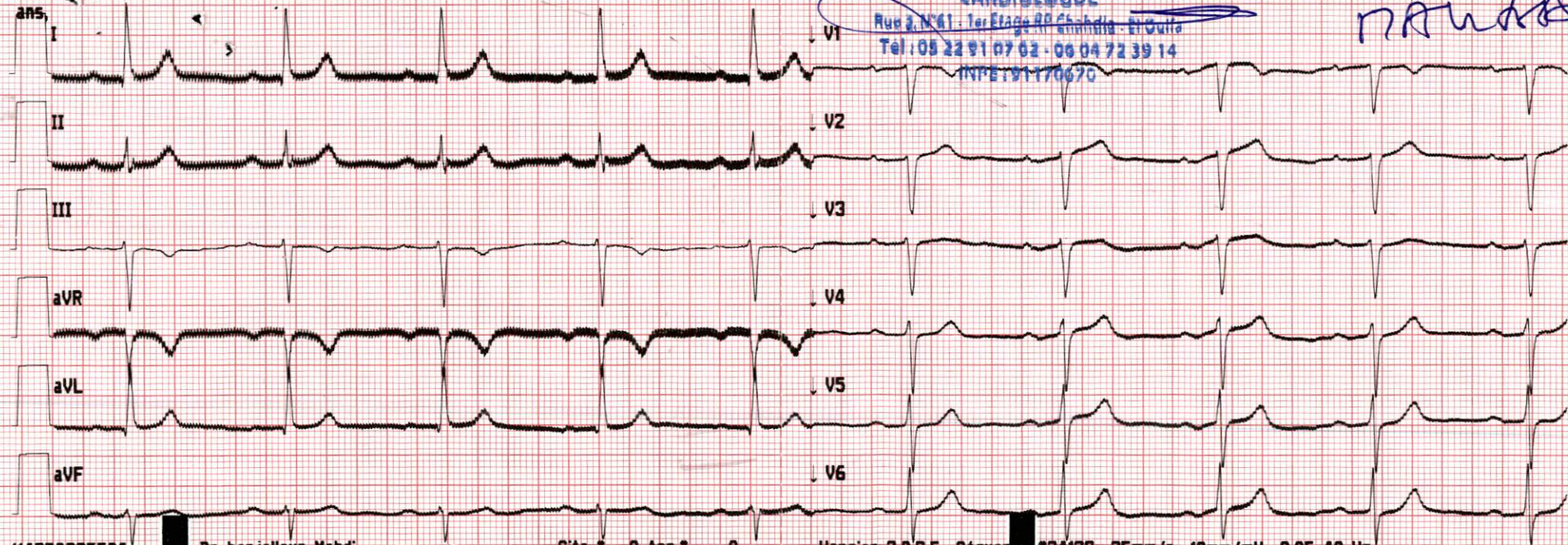
CARDIOLOGUE

Rue 2, N°41 - 1er Etage BP Ghazala - El Oulfa

Tel: 09 22 91 07 02 - 06 04 72 39 14

INPE: 9117/0670

RELANTARI
naïssa



114330225506

Dr. benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquen *2412B 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz