

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M21- 0050133

12058W  
2479

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HAJIL MOLHAMEN

Date de naissance : 01-01-1944

Adresse : CHERAT RUE 1 APP 1 107 82 DUL FA

Tél. 06 70 98 62 80 Total des frais engagés : 1148.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Dr. Mehdi BENELLOUJ  
Rue 2, N° 61, 1er Etage RP Chahdia El Oulfa  
Tél. : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

Date de consultation : 16/06/2022

Nom et prénom du malade : BILANTARI 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) : 



## 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
16/6/2022	CSA ECG		15000 100,00	Dr. Mehdi BEN JELLOUN CARDIOLOGIST Rue 2, N°6 1er étage 0762 Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 10 INPE: 91170670

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE SOUTIANE</b> Group K, Rue 154 N° 23/25 EL Oulfa - Casablanca Tel. : 05 22 89 09 63 I.C.E : 000500246000026	16/11/22	898,70 DH

## 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	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien a été 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												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>B</td><td></td></tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : ..... 16/06/2022 .....

Nom et Prénom : .....

BELANTARI Malika

182,10

182,10 x 3

SULIAT HCT 160/5/12.5

1 comprimé le matin, pendant 3 mois



27,70 x 2

CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois



99,00 x 3

COSTAL 20

1 comprimé le soir, pendant 3 mois



182,10

898,70

PHARMACIE SOUFIANE

Groupement 1, Rue 154 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tel. : 05 22 89 09 63  
I.C.E : 000500246000026

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

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

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

Dr. Mehdi BENJELLOUN - مهدي بنجلون  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72  
Cardioaspirine 100 mg/30cpls  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

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

6 118001 090280

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

ID:  
 D-naiss<sup>+</sup>  
 ans.

I

II

III

aVR

aVL

aVF

16-Jui-2022 12:32:09

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
 الطبيب مهدي بنجلون  
 CARDIOLOGUE

Rue 3, N°61, 1er Étage RP Shahdia - El Goufa  
 Tel: 05 22 91 07 02 - 06 04 72 39 14  
 INPE: 911170670

RELANTARI

RR 1000

114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquen \*24128 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz