

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-708832

126919

<input checked="" type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Dentaire	<input type="checkbox"/>	Optique	<input type="checkbox"/>	Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)							
Matricule : 3867		Société : RAM					
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre :			
Nom & Prénom : RHOUCASCHA Nour El Housseine							
Date de naissance : 02/01/1957							
Adresse : OUFRAIM 3ème APP 3, GRACIA CASA							
Tél. : 06 74 73 22 92		Total des frais engagés :					

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

<input checked="" type="checkbox"/>	Cadre réservé au Médecin	<input type="checkbox"/>	
Cachet du médecin :		Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahda - El Oufia Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INN: 9117067	
Date de consultation : 06/08/2017			
Nom et prénom du malade : RHOUCASCHA Nour El Housseine		Age : 60 ans	
Lien de parenté : Conjoint		<input type="checkbox"/> Lui-même	
Nature de la maladie : Cardiopathie		<input type="checkbox"/> Conjoint	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		<input type="checkbox"/> Enfant	
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 : CASABLANCA le 06/08/2017
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/08/2017

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
06/06/2012	CCS/C ECG		150000 100000	INP : LELY/100000 chirurgien-dentiste CADIOLOGISTE 1er France INP chiro Tél: 05 22910762 - 06 04 723914 Tél: 05 22910762 - 06 04 723914 INPE: 91170670

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE SARAH SARIAU 140 Lot 5M Beldia Lissabon Casablanca Tunisie	06/08/2021	1999,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	25533412 00000000	21433552 00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412 00000000	21433552 00000000														
D	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
B																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Dr. Mehdi BENJELLOUN

Spécialiste des maladies

du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصادي في أمراض القلب
والشرايين

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

PPV: 160DH00

Lot n°:

Exp:

3 x 160,00
CERUVIN 75

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

3 x 27,70
CARDIOASPIRINE 100

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

3 x 44,80
CORALAN 5

1 comprimé matin et soir, pendant 3 mois

2 x 46,00
DICARVEL 6.25

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

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

6 118001 090280
Barcode

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

6 118001 090280
Barcode

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

6 118001 090280
Barcode

1999, 10

LOT: SG06120
PER: 07/2024
PPV: 46,00 DH

LOT: SG0612C
PER: 07/2024
PPV: 46,00 DH

الألغة - الدار البيضاء - الهاتف : 0604.72.39.14 - 0522.91.07.62 - 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

14010038
6 118001 130047
AMM n° : 564/17 DMP/21/17
CORALAN 5 mg
56 comprimés pelliculés
PPV: 448,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

14010037
6 118001 130047
AMM n° : 564/17 DMP/21/17
CORALAN 5 mg
56 comprimés pelliculés
PPV: 448,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

14010038
6 118001 130047
AMM n° : 564/17 DMP/21/17
CORALAN 5 mg
56 comprimés pelliculés
PPV: 448,00 DH
Servier Maroc - Casablanca

ID:
D-naiss:
ans,

I

II

III

aVR

aVL

aVF

6-Aou-2022 12:11:01 Fréq. Card.: 63 BPM
Axes P-R-T: 62 28 37 Int PR: 165ms
Dur.QRS: 79ms QT/QTc: 392/400ms

6-Aou-2022 12:11:01
الدكتور مهدي بنيلون

ECG

RUE 2 N° 61 1^{er} Etage RP Chahdia - El Oued

Télé: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

HNE: 91176670

ECG VAS CVA
Nan nesmous