

# 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

M22- 0048783

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 630 Société : RAO  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : HAJIL MOHAMED  
 Date de naissance : 01-01-1944  
 Adresse : CHERAM RUE 1 APPT 80 IN 1 OUL FA  
 CASA  
 Tél. 06.70.98.62.00 Total des frais engagés : 1195,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mehdi BENJELLOUN  
 CARDIOLOGUE  
 Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia EL O  
 Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 30 1  
 Date de consultation : 29/07/2023  
 Nom et prénom du malade : HAJIL MOHAMED Age: 79  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : DML  
 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 : CASA Le : 26/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
28/11/23	ECG		2000.0	
	ECG		1000.0	
03/08/23	CT		Crédit	

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
28/11/23	ECG		2000.0	
	ECG		1000.0	
03/08/23	CT		Crédit	

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
28/11/23	ECG		2000.0	
	ECG		1000.0	
03/08/23	CT		Crédit	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	28/7/23	188.000M
	3/8/23	707,700M

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	28/7/23	188.000M
	3/8/23	707,700M

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	28/7/23	188.000M
	3/8/23	707,700M

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	28/7/23	188.000M
	3/8/23	707,700M

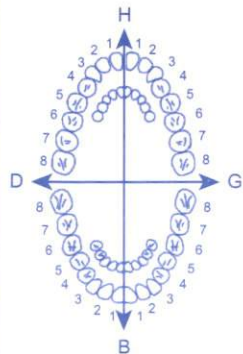
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

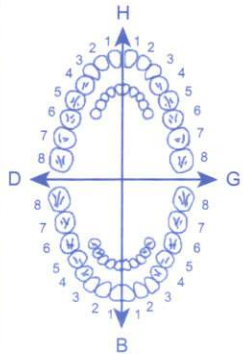
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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 style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>  <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b> </div> </div>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	25533412	21433552								
	00000000	00000000								
	00000000	00000000								
	35533411	11433553								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>							
	DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

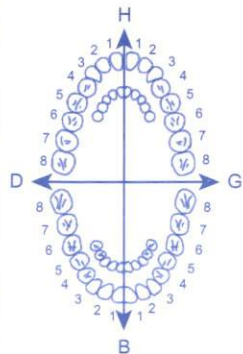
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

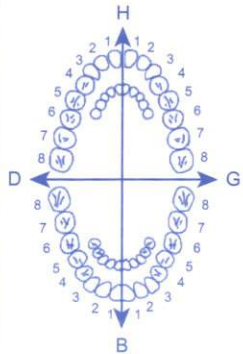
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### 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 style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> <b>H</b>                      25533412                      00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: left;">                     21433552                      00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: right;">                     00000000                      35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: left;">                     00000000                      11433553                 </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

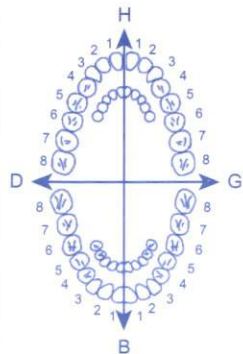
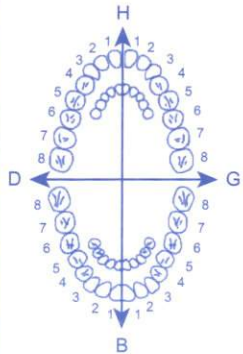
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>G</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center; padding: 5px;"> <b>B</b> </td> </tr> </table>			<b>H</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<b>G</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>		<b>B</b>			
<b>H</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>25533412</span> <span>21433552</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div>		<b>G</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>00000000</span> <span>00000000</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>35533411</span> <span>11433553</span> </div>								
<b>B</b>										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

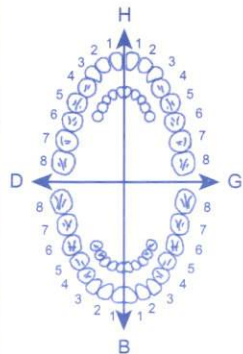
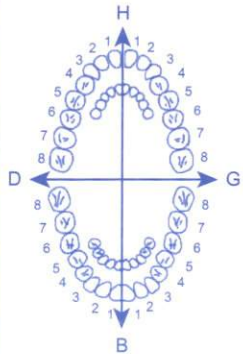
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>				
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>				
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>				
	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>                      25533412    21433552                      00000000    00000000                 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>D</b></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">                     00000000    00000000                      35533411    11433553  <b>B</b> </td> </tr> </table>				<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000		<b>D</b>	<b>G</b>	00000000    00000000 35533411    11433553 <b>B</b>
	<b>H</b> 25533412    21433552 00000000    00000000								
	<b>D</b>	<b>G</b>							
	00000000    00000000 35533411    11433553 <b>B</b>								
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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"/>

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"/>

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"/>

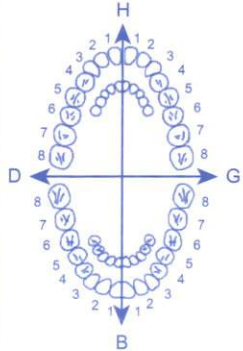
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

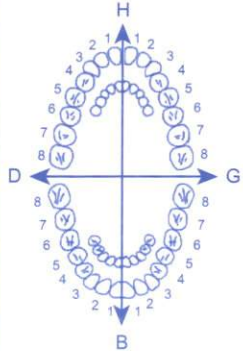
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

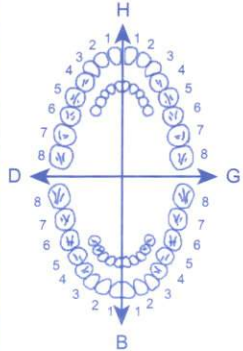
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

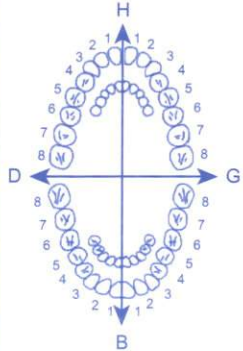
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

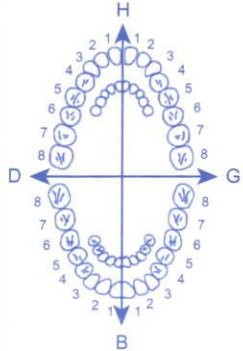
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

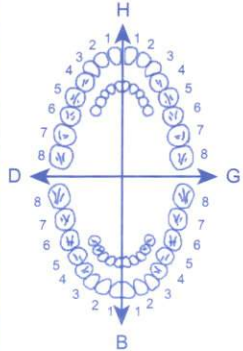
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> <b>B</b> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>
		DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des Maladies  
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
و الشرايين

Casablanca, le : 03/03/2023

**HAJIL Mohamed**

176,90x3

**CALCINIB 5**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

**COSTAL 20**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

**HONART FORTE**

1 comprimé matin et soir pendant 1 mois puis 1 comprimé le matin,  
pendant 1 mois

**VITANEVRIL FORT**

1 comprimé, 3 fois par jour

98,80

707,70

**PHARMACIE SOUDANE**

Groupe Pharm 154 N° 23/25

EL Oulfa - Casablanca

Tél. : 05 22 89 09 63

I.C.E : 000500246000026

**INPE : 092054428**

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP chhdia - EL Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39  
INPE : 91170670

LOT: 106  
PER: FEV 2026  
PPV: 49 DH 40

LOT: 106  
PER: FEV 2026  
PPV: 49 DH 40

LOT: 106  
PER: FEV 2026  
PPV: 49 DH 40

PPV

LOT

PER

XXX901  
EXP. : 04/2026  
176,90 DH

XXX901  
EXP. : 04/2026  
176,90 DH

XXX901  
EXP. : 04/2026  
176,90 DH



**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des Maladies  
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
و الشرايين

Casablanca, le : 28/07/2023

**HAJIL Mohamed**

792.00  
**VISENTIEL**

2 comprimés le matin

109.00  
**JUVATONUS**

1 ampoule, matin



P.P.C : 79 DH  
Dluo: Lot :  
11/24 11/307G

22169 0425  
LOT PER  
Prix 109-00

188.00  
**PHARMACIE SOUFIANE**

Groupa K, Rue 54 N° 23/25  
EL Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 99 09 63  
I.C.E : 000500246000026

**INPE : 092054428**

الدكتور مهدي بنجلون  
**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
**CARDIOLOGUE**  
Rue 2 N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa  
Tel : 05 22 99 09 62 - 06 04 72 39 14  
INPE : 91170679

ID:  
D-naiss:  
ans,

28-Jul-2023 11:00:16 Fréq. Card.: 61 BPM  
Axes P-R-T: \* 17 55 Int PR: \*ms  
Dur.QRS: 92ms QT/QTc: 384/387ms

28-Jul-2023 11:00:16

Dr.Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE

RV1 2, N° 61 - Perle de RP Chahdia - El Oulfa  
Tel: 05 27 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE 911/0670

HADIL

W K A N E D

