

# 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.

M23-003520

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525

Société :

RAM 178473

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZOUINE ABDELKRIJ

Date de naissance : 15/10/1948

Adresse : 27 RUE ISMAÏL ESKARINA pt M<sup>o</sup>  
2<sup>e</sup> Etage 1<sup>er</sup> APPARTEMENT qualia bby

Tél. : 06 58 20 33 71 Total des frais engagés : 1067,00 Dhs  
06 41 69 64 68

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELLO  
CARDIOLOG  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahid El Ouardi  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INP: 91170670

Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : SADAWE KHADIJA

Age : 78

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA

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 : Casablanca

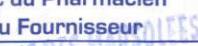
Le : 10/10/2023

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
03/10/13	CCG ECG		700,00 100,00	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGISTE Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahala - El Oued 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
	03/10/23	767,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
25533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 03/10/2023

**SADAWI Khadija**

$$134, \sim, 4 = 538, \rightarrow$$

CO IRBESAR 150/12.5

*1 comprimé le matin, pendant 3 mois*

## REXBAN 15

*1 comprimé le matin, pendant 3 mois*

## MÉDIVEINE 600

*1 comprimé le matin, pendant 3 mois*

## LIOTON 1000

*1 application, matin et soir, pendant 3 mois*

✓ 167,00

Dr. Mahdi BENJELLOUN  
Rue 2 N°60 CARDIOLOGISTE  
Tél: 05 22 91 07 52 - 06 64 72 35 24  
INPE: 91170670

PPV : 134DH30

Lot n° :

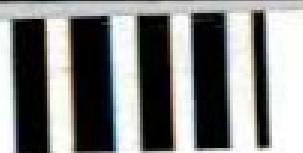
Exp. :

← 134,30 x 4 GED

L O T 230017 1  
E X P 12 2025  
P P V 60,00

← 60,00 x 3 GED

20  
10



\* VIGNETTE

**Lioton® 1000 gel**

tube de 50g



PPV 49DH50



6 118001 150021

gel

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**
**Nom et prénom :**
**Matricule :**
**N° CIN :**
**Adresse :**
**Bénéficiaire de soins :**  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Dr. Mehdi BENJELLOUN** **Partie réservée au médecin traitant**
**Je soussigne :** **CARDIOLOGUE** **Spécialité :**

Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahda - El Oued

Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

**N° INPE :**

INPE: 91170670

**Certifie que Mlle, Mme, M. :**

S. BENJELLOUN H. BENJELLOUN

**Nécessitant un traitement d'une durée :**  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

**Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :**

- HTA
- Varius sur ACO de 2 thromboembolite

**Dont ci-joint ordonnance :**
**Traitements prescrits :**

- Co MBTAN
- ACOBAN

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**
**Fait à :** **05/05/2023**
**Cachet et signature du médecin traitant :**

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

**En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées**

3-Oct-2023 15:41:23 Fréq. Card: 64 BPM  
 Axes P-R-T: 3 -9 43 Int PR: 181ms  
 Dur.QRS: 99ms QT/QTc: 404/413ms

ID:  
 D-naiss:  
 ans:

I

II

III

aVR

aVL

aVF

3-Oct-2023 15:41:23

Site # 0 App # 0 Version 2.03.5 Séquence #31520 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
 CARDIOLOGIE  
 Rue 2, N° 61, 1er Etage RP Chahed - TUNIS  
 Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 37 14  
 INPE: 91170670

SADRWI

25/10/2023

114330225506

Dr. benjelloun Mehdi