

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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

M23-003520

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2525 Société : RAM 278473

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUINE ABDELKRIM

Date de naissance : 15/05/1948

Adresse : 27 RUE IBRAHIM EL KARRAFA pt N° 2 Etage 1° ANASSER qualia Bld

Tél : 065823371 Total des frais engagés : 1067,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELL  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahid - El Oujda  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPS: 91170570

Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : SADAWI KHADIJA Age :

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

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : 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 : 10/10/2023

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
03/10/13	CGE ECG		200,00 100,00	Dr. Mehdi BENJELLO CARDIOLOGUE Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahola - El O Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 INPE: 91170670

[illegible]

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

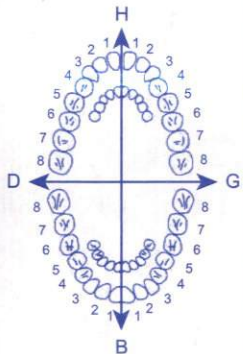
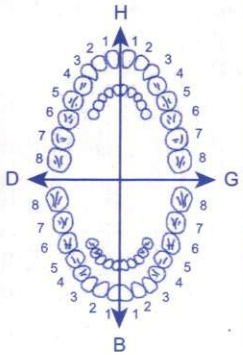
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

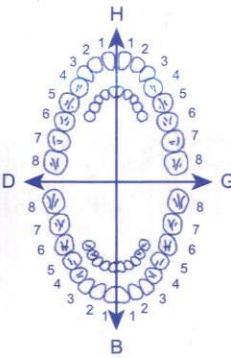
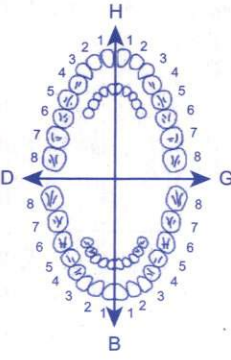
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>DGG</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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 : 03/10/2023

**SADAWI Khadija**

134,50 \* 4 = 538,00

**CO IRBESAR 150/12.5**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

**REXABAN 15**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

**MÉDIVEINE 600**

60,00 \* 3 = 180,00

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

**LIOTON 1000**

49,00

1 application, matin et soir, pendant 3 mois

767,50

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - EL Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 64 72 39 14  
INPE: 91170670



PPV : 134DH30

Lot n° :

Exp. :

← 134,30 x 4 GED

L'OT 230017 1  
EXP 12 2025  
PPV 60.00

← 60,00 x 3 GED

2300





\* VIGNETTE

**Lioton® 1000 gel**  
tube de 50g    O  
PPV 49DH50



6 118001 150021

gel



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Dr. Mehdi BENJELLAL

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oudja Spécialité :

N° ICE :

Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

INPE: 91170670

SMAW, JERAMAH

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 :

- H TA  
- Vaisseaux avec ASCO de  
2 branches coronaires

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

- 60 mg BETA  
- METOPROLOL

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASAB le 05/05/2023

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. Mehdi BENJELLAL  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oudja  
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 garantit la confidentialité des informations communiquées



71.447

ID:  
D-naiss:  
ans,

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

3-Oct-2023 15:41:23

Dr. Mehdi BENJELLOUN

CARDIOLOGUE

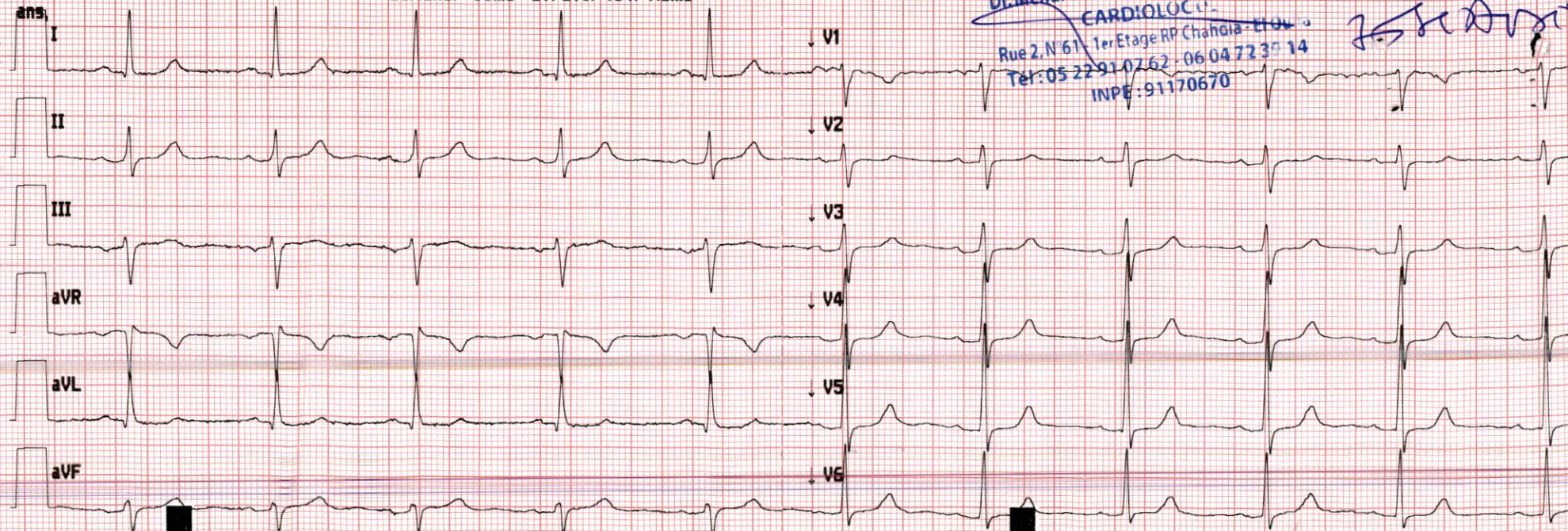
Rue 2, N° 61, 1er Etage RP Chahdia - EL OUASSAL

Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

INPE: 91170670

SADAWH

J. K. A. A. A. A.



114330225506

Dr. benjelloun Mehdi

Site # 0 App # 0

Version 2.0.3.5 Séquence #31520 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz