

# 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- 0049903

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed

Date de naissance : 1939

Adresse :

Tél. : 0522 89 10 70 Total des frais engagés : 683,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
IMF: 91170648

Date de consultation : 05/01/2024

Nom et prénom du malade : MESSAOUDI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Cardiopathie

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 : Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
05/12/24	CGK ECG		200,00 100,00	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 IMPF: 91170090

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE WILAYA MOULOUDA ZEKRI Abdelati Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Oued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 0522.90.51.13 ICE: 002291220000071	5/11/2024	383,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

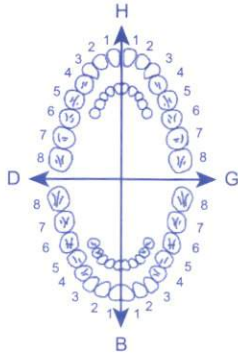
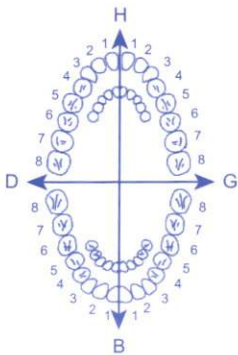
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <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													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] 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

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des maladies  
du coeur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون

إختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين

Casablanca, le : ..... 05/01/2024...

Nom et Prénom : .....

**MESSAOUDI Mohamed**

116,00 x 3

**NOVORTAN 150**

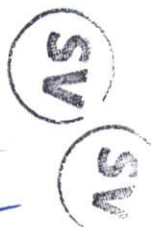
1 comprimé le matin, pendant 3 mois

35,70 x 1

**ALPRAZ 0.5**

1/2 comprimé le soir

2161



PHARMACIE WILAYA MOULOUYA  
ZEKRI Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
20-222-22-El Oulfa Moulaya El Oulfa  
Casablanca - Tél : 0522.90.51.13  
ICE : 00229122000071

T = 383,70

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

LOT : 2252  
PER : 05/25  
PPV : 116,00 DH

LOT : 2252  
PER : 05/25  
PPV : 116,00 DH

LOT : 2252  
PER : 05/25  
PPV : 116,00 DH

LOT 232429 Y  
EXP 08 2026  
PPV 35 70



71.447

ID:

D-naiss:

ans,

5-Jan-2024 16:06:48 Fréq. Card.: 66 BPM  
 Axes P-R-T: 57 35 52 Int PR: 140ms  
 Dur.QRS: 85ms QT/QTc: 388/402ms

5-Jan-2024 16:06:48

Dr. Mehdi BENJELLOUN دكتور مهدي بنجلون

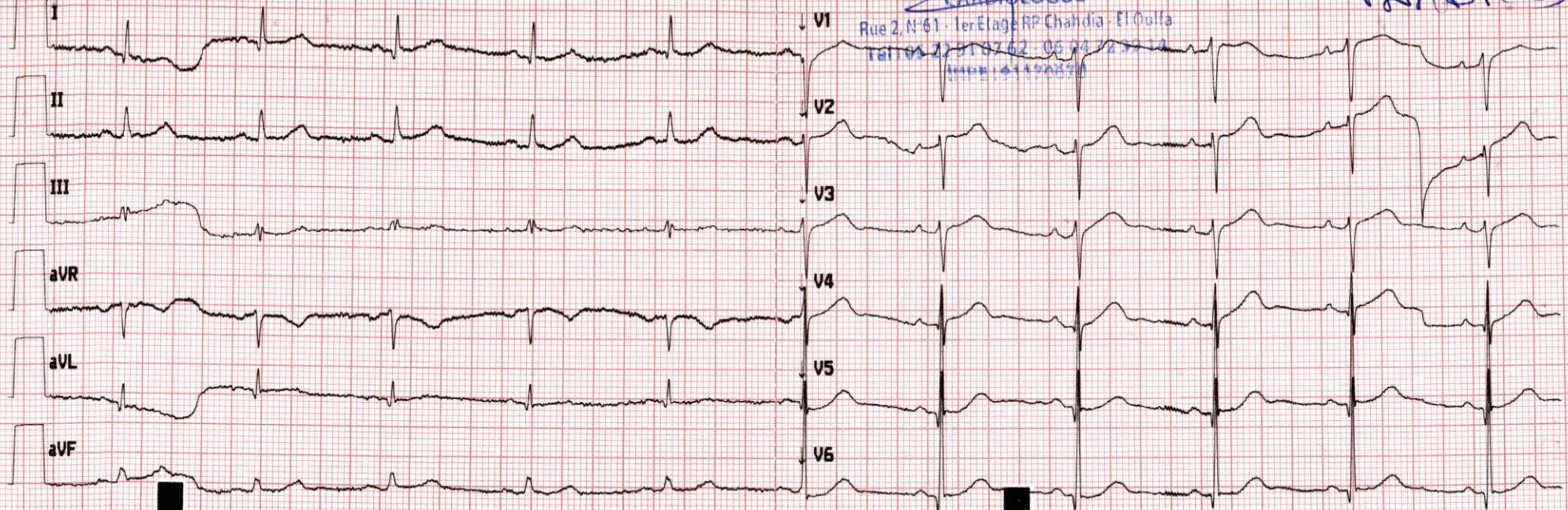
CARDIOLOGUE

Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chadia - El Oulfa

Tel: 04 22 91 07 62 - 06 94 72 32 10

www.benjeloun.com

*Handwritten signature and notes in blue ink.*



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquence 33334 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz