

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- N° 0042996

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07655 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SALHI Abderrahman  
 Date de naissance : 19/03/1957 Casablanca  
 Adresse : 523 lot haj fatch oulfa Casablanca  
 Tél. : 0663643449 Total des frais engagés : 481,20 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 18/03/2024  
 Nom et prénom du malade : SALHI ABDERRAHMAN Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA  
 Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie : Cardiologie  
 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 : 14/03/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0042996

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.  
 Matricule : 07655  
 Nom de l'adhérent(e) : SALHI Abderrahman  
 Total des frais engagés : 481,20 DH  
 Date de dépôt : 18 MAR. 2024  
 Coupon à conserver par l'adhérent(e).



# 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 traitement des Actes
01/03/24	CGP ECG		20000 10000	Dr. Mehdi BEN EL OUALI CAPITULOLOGUE Rue 2, N° 61 BP Chahdia - El Oulfa 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
PHARMACIE EL HANZA CACHET EL HANZA Lotte Had Fouchi Rue 2 N° 61 Chahdia - Tél: 05 22 91 07 62 INPE: 092030261	08/03/24	181,20

# 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
		A M	P C	I M	I V	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	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 : .....08/03/2024....

Nom et Prénom : .....

**SALHI Abderrahman**

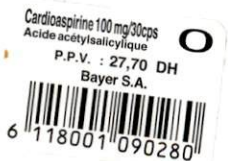


27,70x3 **CARDIOASPIRINE 100**

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

98,20 **COSYREL 5/5**

1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois



182,20

**STEPHANNIE HAMZA**  
CASABLANCA  
L'ordre Méd. Hamza 2008 & P. 1000 04  
Casablanca Tél: 0522 91 07 62

دكتور 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

زنگنه 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف - 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - 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



70 557

8-Mar-2024 13:36:18 Fréq. Card: 57  
Axes P-R-T: 2-19 30 Int PR: 140m  
Dur.ORS: 102ms QT/QTc: 415/410ms

8-Mar-2024 13:36:18  
Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N°61 - Imtasseg ap Chadia - El Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
N°P: 191176870

Signature  
Dr. Mehdi BENJELLOUN

ID:  
D-naïss:  
ans:



Site # 0 App. # 0 Version 2.0.3.5 Sequence 34556 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz

Dr ben jelloun Mehdi

114330225506