

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

- 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 Anglé Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge - Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-536687

33087

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 32.42

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELADI Chadia

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

0666 339977

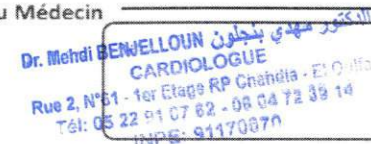
Total des frais engagés :

1173 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

13/07/2020

Nom et prénom du malade :

ELADI CHADIA

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

H7A

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 :

Le : / /

Signature de 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 Paiement des Actes
13/12/20	ECG		15000	<p>Dr. M. BENJELLOUN, Cardiologue</p> <p>Rue 2 - 1141 - 1er Etage - 06 04 72 35 14</p> <p>Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 35 14</p> <p>INPE: 91170670</p>
	ECG		15000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie EL LOTI</p> <p>313, Bd. Gued Tensift El Oulfa</p> <p>Tel: 022.91.00.73</p>	13/12/20	893,40
	13/12/20	3150

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

					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				COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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 cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
و الشرايين

13/07/2020

Casablanca, le :

ELAJI Chadia

182,80 x 4

BI PRETERAX 10/2.5

1 comprimé le matin, pendant 6 mois

79,90

FITORAX

1 cam matin et soir

22,20

CO DOLIPRANE

1 comprimé le matin et soir

69,10

MAXILASE

1 comprimé le matin et soir

893,40

PHARMACIE EL LOTF
313 BP 06090 RP EL OULFA
Casablanca - 0522 91 07 62 - 06 04 72 39 14
Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

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

182,80

182,80

182,80

182,80

PPV:22DH20
PER:11/20
LOT:H2551



Distribué sous licence
par L'APPROPHAN
21, rue des Oudaya
CASABLANCA - Maroc

PPV:
60DH10

590735



Maxilase®



MAUX DE GORGE/SORE THROAT

ALPHA-AMYLASE 3000 U.CEIP

24 COMPRIMÉS ENROBÉS/COATED TABLETS



Lot :
À consommer
avant le :

190818

12/2022

PPC : 79,90 DH



LE

13/7/20

0074145

RETOUR PRODUITS ET RÉCLAMATIONS

Quantité	Produits	PPM	Date pér.
01	Dolipr 16 W	158.	
01	Dolipr 200m	158.	
		316.	

COLISAGE	Nombre de CARTONS
	Nombre de SACHETS

Observations

Nbre de prod	Cachet Pharmacie	Cachet livreur	Réserve

PPV 15 DH 30
PER 05 / 22
LOT 11 04

PPV 15 DH 8
PER 12 / 22
LOT 129 25
S 1



ID:
D-naiss:

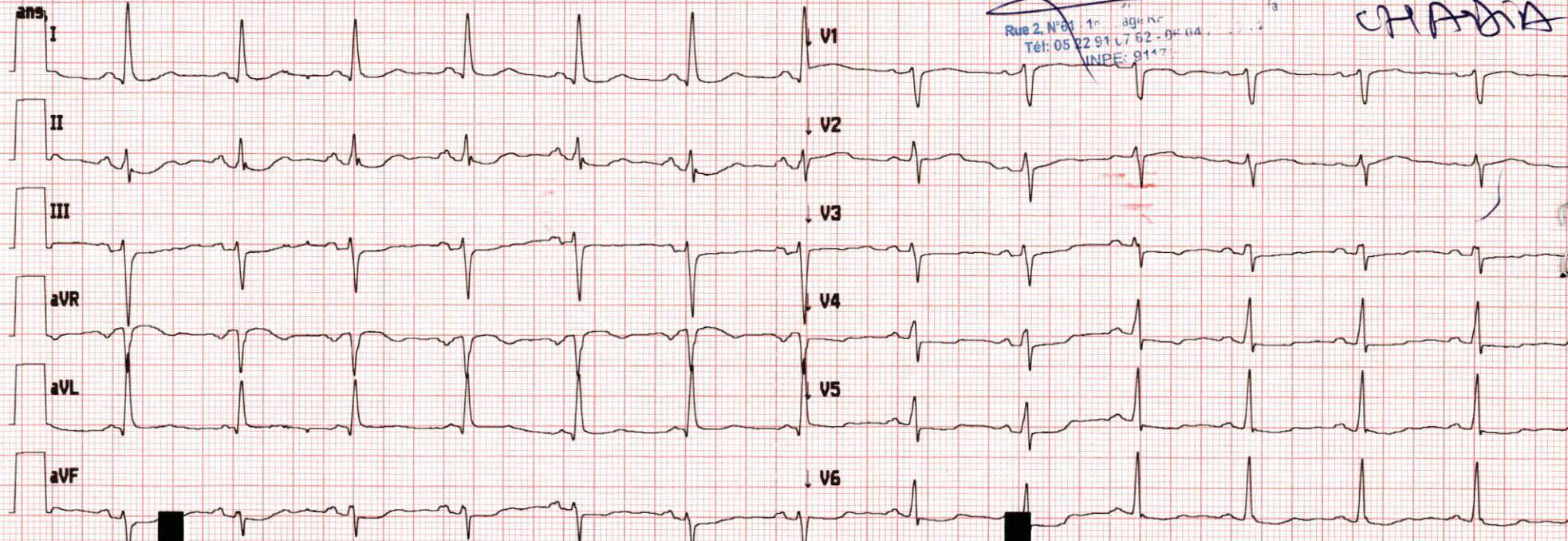
13-Jul-2020 15:43:08 Fréq. Card.: 81 BPM
Axes P-R-T: 46 -17 38 Int PR: 158ms
Dur.QRS: 93ms QT/QTc: 372/409ms

13-Jul-2020 15:43:08

35 276

Dr Mehdi BENJELLOUN
Rue 2, N°01 1^{er} étage
Tél: 05 22 91 17 62 - 06 04
INPE: 9147

EL AÏ
CHADIA



114330225506

Dr benjelloun Mehdi

Site * 0 App.* 0

Version 2.0.3.5 Séquence *14931 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz