

# 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.

## Biologie 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.

## Educational :

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.

## Chirurgie :

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

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

N° P19- 0047791

N.D. 36952

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12202 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hajar MSELLEK

Date de naissance : 25/05/1987

Adresse :

Tél. : 06 62 78 10 34 Total des frais engagés : 1000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/05/2020

Nom et prénom du malade : MSELLEK Hajar Age :

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

Nature de la maladie : grossesse pathologique

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 : 29/05/2020

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
29.06.00	échographie morphologique		1000,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

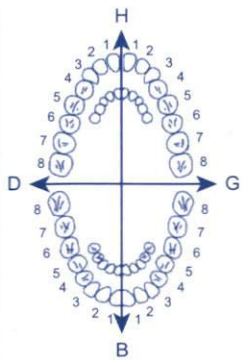
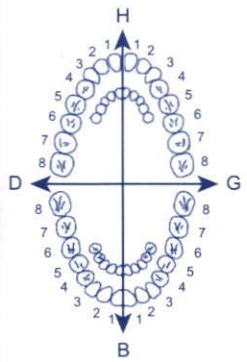
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>               H                25533412                00000000                D                00000000                35533411             </div> <div>               21433552                00000000                G                00000000                11433553                B             </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



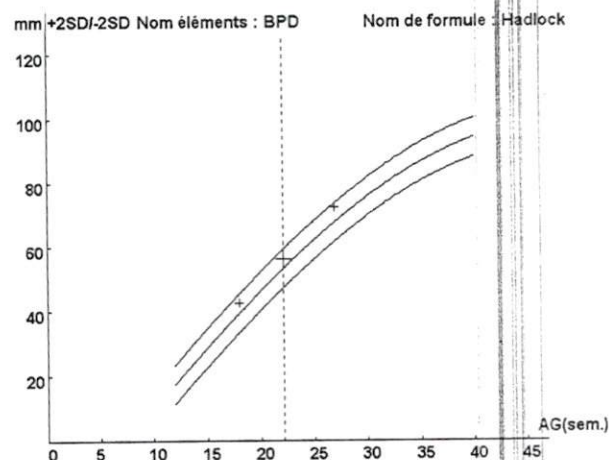
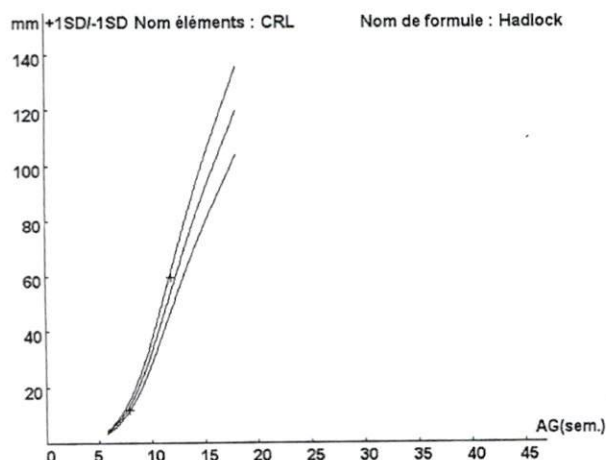
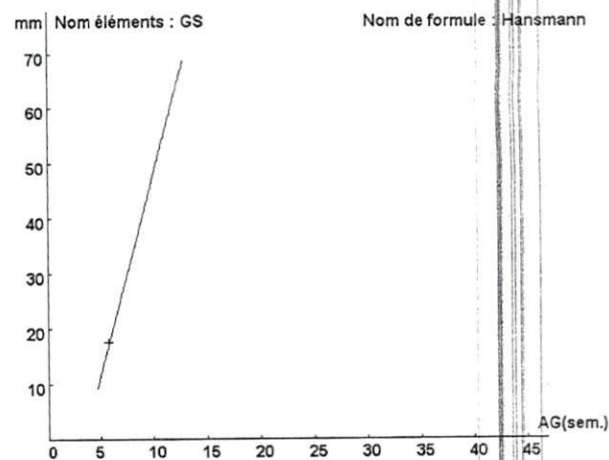
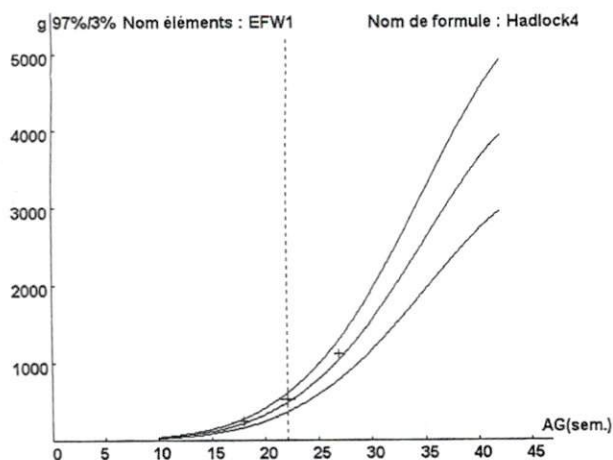
Nom: MSELLEK, HAJAR  
ID: 20170207-180520-E676 DOB: 25/05/1987 Age: 33 Ans Sexe: Féminin  
**OB2/3**  
Date examen: 29/05/2020

## Obstetrics Ultrasound Report - 2 / 3 Page

### Image ultrason



### FG





Nom: MSELLEK, HAJAR

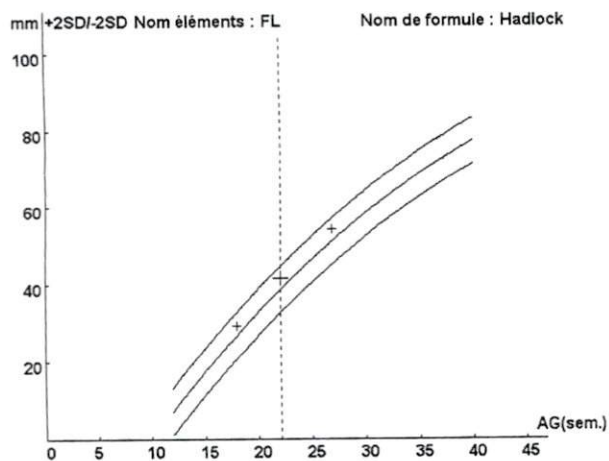
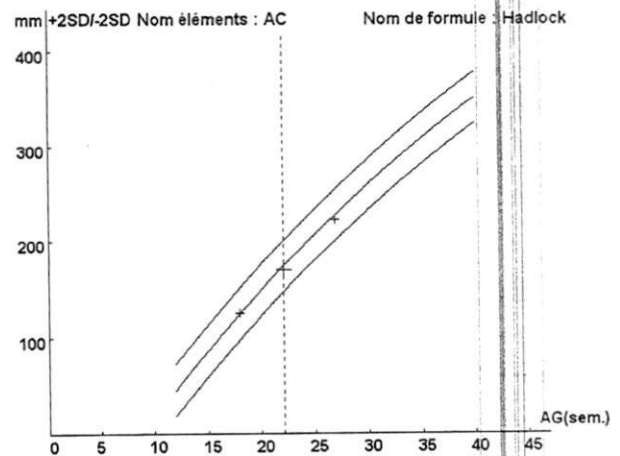
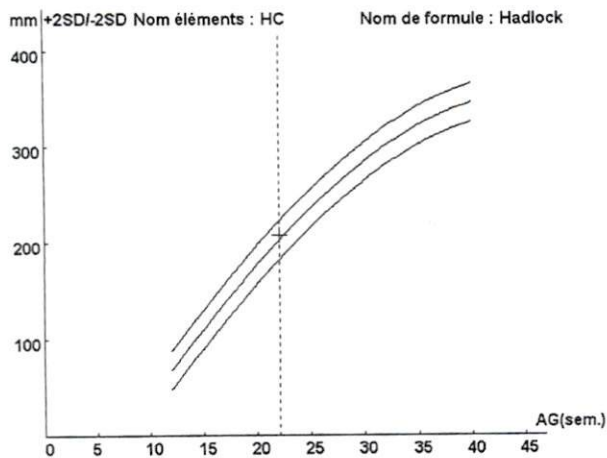
ID: 20170207-180520-E676 DOB: 25/05/1987 Age: 33 Ans Sexe: Féminin

OB2/3

Date examen: 29/05/2020

## Obstetrics Ultrasound Report - 3 / 3 Page

FG



Annotation:

Grossesse normale, évolue  
ACLO VF (+)  
- Anémie de 22sa  
- CP = 1h 1  
- 1ère BI. Ank

Signature . (sceau):

Date Signed:



# DR. BENJELLOUN Majid

293. BD ABDELMOUMEN IMM MORJANA  
3eme ETG N1  
Téléphone:0522 86 30 87  
Fax:0522 86 30 87  
Site internet:benjelloun.majid@yahoo.fr



Nom:MSELLEK,HAJAR  
ID:20170207-180520-E676  
DOB:25/05/1987 Age:33 Ans  
Sexe:Féminin

OB2/3

Date examen:29/05/2020  
Equipementt utilisé:Mindray DC-7  
Opérateur:Emergency

## Indications et données clinique

LMP:26/12/2019 AG:22w1d EDD(LMP):01/10/2020 AUA:22w6d EDD(AUA):26/09/2020  
Age par dernier ultz:18w0d Gestation:1

## Obstetrics Ultrasound Report - 1 / 3 Page

### 2D Measurements

BPD	Hadlock	5.63cm	83.4%	23w2d	✓	±1w5d
HC	Hadlock	20.75cm	68.4%	22w6d	✓	±1w3d
AC	Hadlock	16.96cm	35.6%	22w0d	✓	±2w0d
FL	Hadlock	4.16cm	82.1%	23w3d	✓	±1w6d

OFD(HC):7.43cm

HC/AC:1.22\*

FL/BPD:73.81

FL/HC:20.04

FL/AC:24.52\*

### EFW

EFW1	Hadlock2(AC,FL,BPD)	528g	±77g
EFW1-AG	Hadlock	22w4d	
EFW1-GP(LMP)(Hadlock):73.6%		EFW1-GP(AUA)(Hadlock):35.6%	

### Image ultrason



Diplôme en procréation  
médicale assistée (PMA)  
PARIS

Diplôme en chirurgie  
coelioscopique  
de l'Université Victor  
Segaien - Bordeaux

Ex Médecin  
Chef de la maternité  
de l'Hôpital Hassan II

Ancien Spécialiste  
Attaché à la maternité  
Universitaire  
Souissi - Rabat

Accouchement

Chirurgie gynécologique  
et mammaire

Infertilité du couple

Cancérologie

Maladie du sein

Ménopause

Infection Sexuellement

Transmissible (IST)

Echographie

Colposcopie

Coelioscopie

Hystéroscopie

# Dr. Majid BENJELLOUN

## Gynécologue Obstétricien

Casablanca, le 29-05-2020

Nom et Prénom :

### NOTE D'HONORAIRE

Je soussignée certifie DOCTEUR MAJID BENJELLOUN

Avoir encaissée de Mme MSELLEK HAJAR

La somme de MILLE dirhams pour

Echographie morphologique

Ce présent certificat est délivré à l'intéressée pour faire

Valoir ce que de droit.

Nom et signature du prescripteur :

ANOUAL CAPITAL CENTER, 213 entrée C et 416 Entrée A, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 5ème étage N°24 au dessus de CARREFOUR - CASABLANCA

و 416 مداخل A زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال الطابق الخامس رقم 24 فوق كارفور - الدار البيضاء

Tél : +212 5 22 86 30 87 / 08 08 31 14 09 / +212 6 61 66 30 33 / Email : cabinet.benjelloun@gmail.com / benjellou



Dr Majid Benjelloun Gynécologue/Facebook

Diplôme en procréation  
médicale assistée (PMA)  
PARIS

Diplôme en chirurgie  
coelioscopique  
de l'Université Victor  
Segaien - Bordeaux

Ex Médecin  
Chef de la maternité  
de l'Hopital Hassan II

Ancien Spécialiste  
Attaché à la maternité  
Universitaire  
Souissi - Rabat

Accouchement  
Chirurgie gynécologique  
et mammaire

Infertilité du couple

Cancérologie

Maladie du sein

Ménopause

Infection sexuellement

Transmissible (IST)

Echographie

Colposcopie

Coelioscopie

Hystéroscopie

# Dr. Majid BENJELLOUN

## Gynécologue Obstétricien

Casablanca, le :

Nom et Prénom :

93 M3666K  
HATAR

OSTEO en  
moy/gy Carot  
=  
ph/m. moy. l'axe regt.  
moy/gy.

Nom et signature du prescripteur

Dr. Majid BENJELLOUN  
Gynécologue - Obstétricien  
Anoual Capital Center, 213 entrée C et 416 entrée A  
Angle Bd Abdelmoumen et Bd. Anoual, 5  
N 24 au Dessus de Carrefour Casablanca  
Tel 0522 86 30 87 / 08 08 31 14 09 / +212 661 66 30 33 / Email : cabinet.benjelloun@gmail.com / benjelloun.majid@yahoo.fr