

# 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.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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- 0047774

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12702

Société : RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Hajar DSELEK

Date de naissance : 25/05/1987

Adresse :

Tél. : 0662791084

Total des frais engagés : 700 -

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/11/2020

Nom et prénom du malade : Hajar DSELEK

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 : Casablanca

Le : 12/11/2020

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  |
| 02 SEPT 2020                   | Gynécologie Obstétricale |                       | 1400,00                         | <br>Dr MAJID BENJELOUN<br>GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN<br>Ancien Capital Centre 213 Pte de l'Indépendance<br>Anglo bd Abdelkader El-Moudjahid - Algiers 9 |
| 21 SEPT 2020                   | GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRICALE |                       | 300,00                          |   |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |
|  |      |                                 |                           |

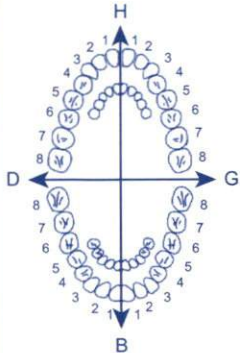
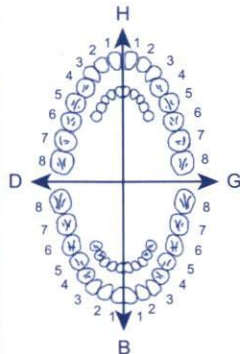
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

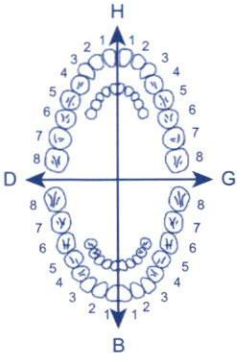
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :


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

| SOINS DENTAIRES  | Dents<br>Traitées  | Nature des<br>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<br>PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | H  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 25533412   | 21433552            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | D  | G                   |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 00000000   | 00000000            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | 35533411   | 11433553            |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | B  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>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"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  |  |                     |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

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


| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées |  | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|---|-------------------|--|---------------------|-------------|----------------------------|
|  |                   |  |                     |             | COEFFICIENT<br>DES TRAVAUX |
|   |                   |  |                     |             |                            |
|   |                   |  |                     |             |                            |
|   |                   |  |                     |             |                            |
|   |                   |  |                     |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |
|   |                   |  |                     |             |                            |
|   |                   |  |                     |             |                            |
|   |                   |  |                     |             |                            |
|   |                   |  |                     |             | DEBUT<br>D'EXECUTION       |
|   |                   |  |                     |             |                            |
|   |                   |  |                     |             |                            |
|   |                   |  |                     |             | FIN<br>D'EXECUTION         |

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



| H  |          |
|--|----------|
| 25533412   | 21433552 |
| 00000000   | 00000000 |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>D</span> <span>G</span> </div> |          |
| 00000000   | 00000000 |
| 35533411   | 11433553 |
| B  |          |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX



**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

DATE DU  
DEVIS

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

Nom et Prénom :

### NOTE D'HONORAIRE

Je soussignée certifie DOCTEUR MAJID BENJELLOUN

Avoir encaissée de MSELLEK HAJAR

La somme de QUATR cents dirhams pour RCF

Monitoring obstétricale

### NOTE D'HONORAIRE

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

رقم 213 مدخل و 416 مدخل 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 / benjelloun.majid@yahoo.fr



Dr Majid Benjelloun Gynécologue/Facebook



2009121042

200

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

200

180

160

140

120

100

80

60

2009/2020

05:31

cm/min

IR2: -20

12

10

8

6

4

2

0

kPa

100

80

60

40

20

0

132

12

10

8

6

4

2

0

kPa

100

80

60

40

20

0

133

12

10

8

6

4

2

0

kPa

100

80

60

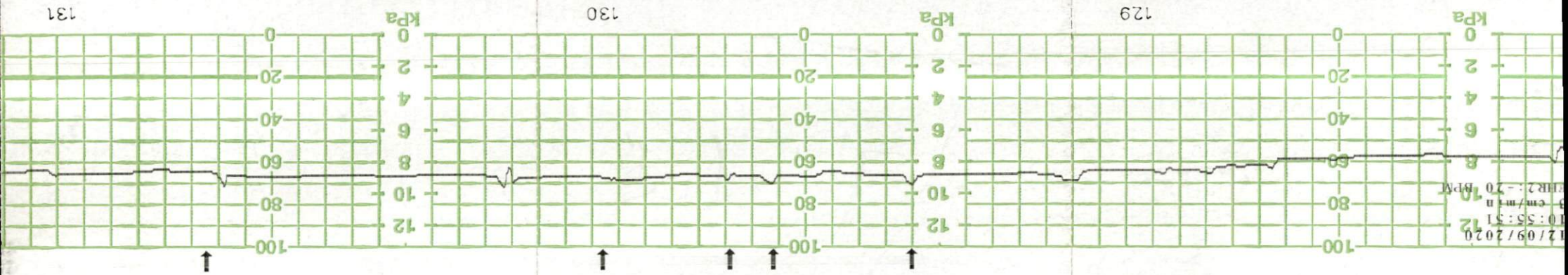
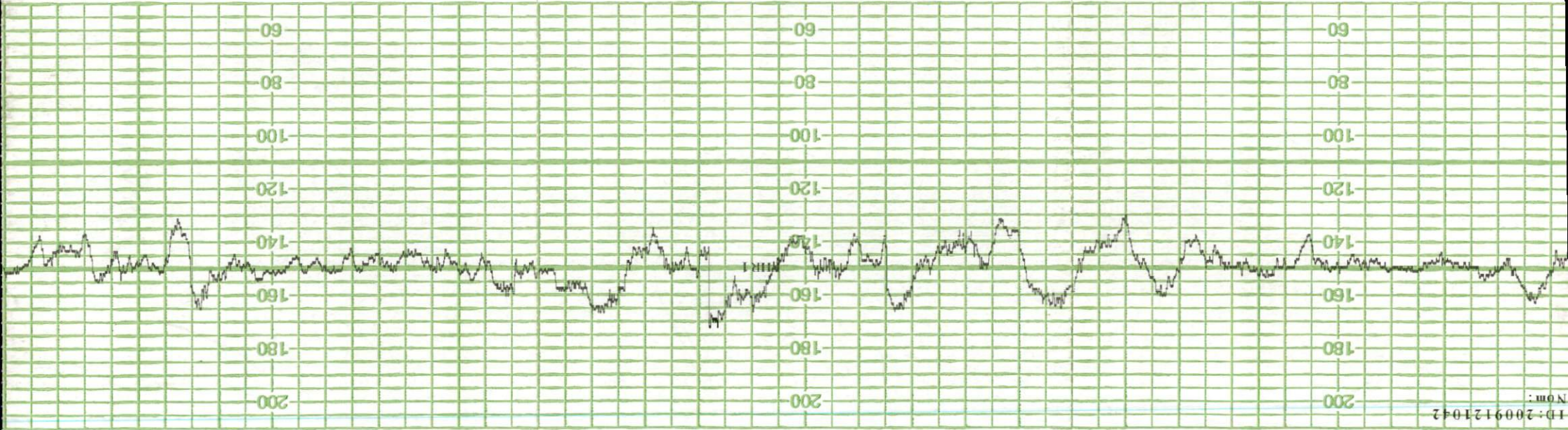
40

20

0

134



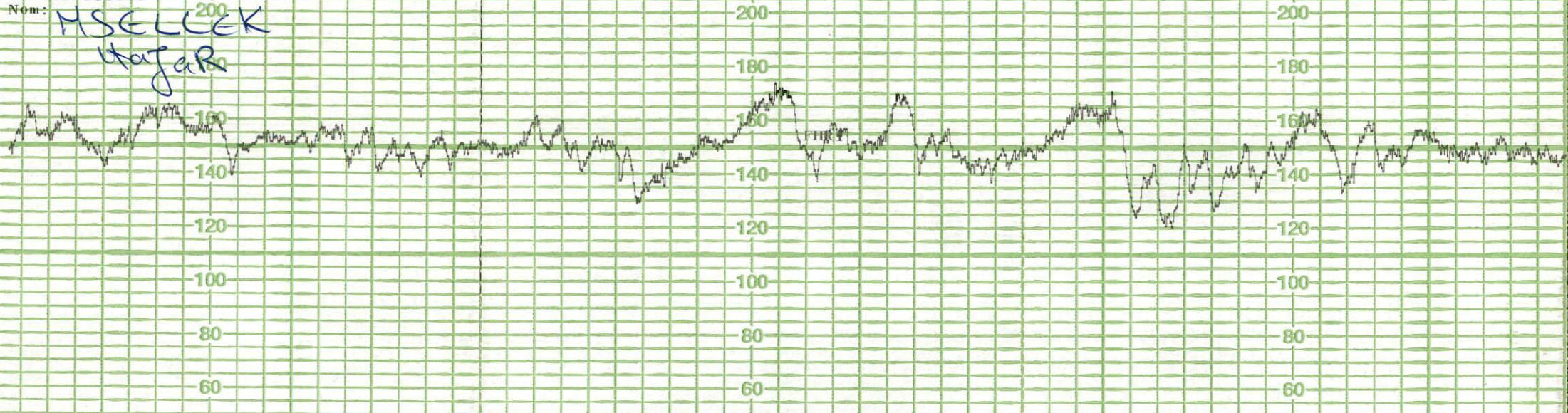




ID: 2009121042

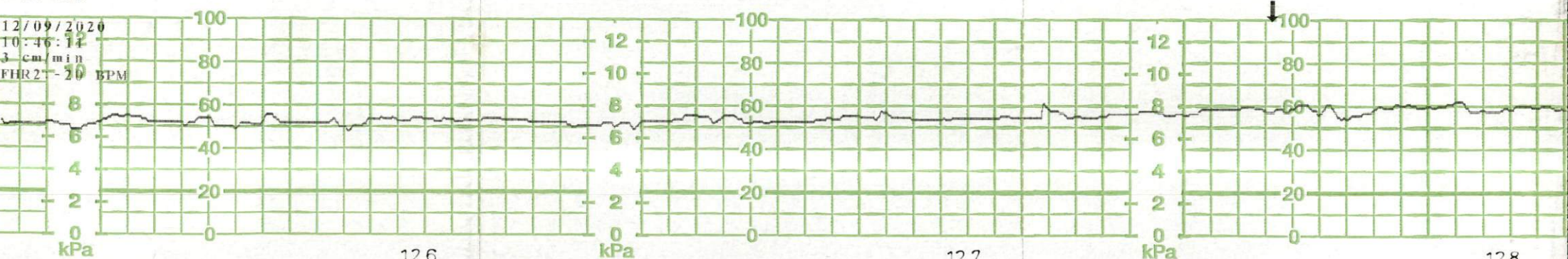
Nom:

MSELLEK  
Hajara



P 50-210

12/09/2020  
10:46:14  
3 cm/min  
FHR2 - 20 BPM



12.6

12.7

12.8