

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 000.11.98 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENAJAR RACHIDA (veuve RAHMI AHMED)

Date de naissance : 26/13/1958

Adresse : LOT NAKHLI 2 N° 1191 TARGA MARRAKCH

Tél. : 06.19.86.96.27 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/03/2023

Nom et prénom du malade : BENAJAR Rachida Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

# RELEVE 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
18.03.23	Ce		200.00	DR. ABDEL
18.03.23	Ech.		100.00	DR. ABDEL

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SUD MAROC Amaï BOUAFIA Docteur en Pharmacie 460 Taroudant Marrakech - Tel : 02 24 34 90 00	18/3/2023	1173,50 HT

## 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	

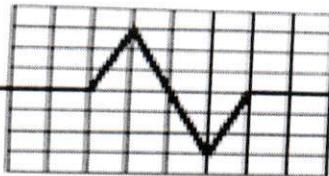
# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور عبد الله بنحليمة  
DOCTEUR Abdel-Ilah BENHALIMA

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

CARDIOLOGUE

Marrakech le : 18/03/2023

MME BENAJAR RACHIDA

72,00 x 2

1. Detensiel 10 mg - comprimé pelliculé  
1/2 Comprimé, matin



DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

7862160236

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés  
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés  
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés  
6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés  
6 118000 072409

185,20 x 4

2. SULIAT 160/5  
1 CP LE MATIN

63,30 x 3

3. BALLONYL

2 cp le matin et 2cp le soir pendant 2 mois

98,80

4. Neofortan 160 mg - comprimé effervescents  
1 Coi NEOFORTAN® 160 mg SI DOULEUR

PPV 98DH80  
EXP 10/2025  
LOT 2N0345

NEOFORTAN®  
160 mg  
10 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS  
6 118000 031697



traitement 4 mois + contrôle



185,20



Confort intestinal

60 gélules  
Voie orale



reçu à

5 rue Sourya Imm RACHADI Gueliz MARRAKECH  
Tél 05.24.43.14.00 Fax 05.24.43.76.31

185,20

185,20

**BENAJAR Rachida**

N° patient

Date de naissance 26/03/1958 (64 Y.)

Sexe Unknown

**ECG de repos** Évaluation du sam. 18/03/2023 09:44

**Données examen**

QRS (ms)	107
P (ms)	120
PQ (ms)	155
QT (ms)	378
QTc B. (ms)	436 (111%)
QTc disp. (ms)	39
Axe QRS	29°
FC	80
RR moy (ms)	750

**Rapport non confirmé**

rythme sinusal-cardiaque normal

type gauche

ECG normal



(25 mm/s 10 mm/mV 0.05Hz - 125Hz / 50Hz true wave®)



# **Docteur Abdel-ilah BENHALIMA**

**CARDIOLOGUE**

*Spécialiste Diplômé de la Faculté de Médecine de Strasbourg*

*Echographie doppler cardiaque et vasculaire*

*ECG de repos et d'effort*

*Holter tensionnel et rythmique*

ICE : 001659400000015

Marrakech le 18/03/2023

## **FACTURE**

**Mme BENAJAR Rachida**

Consultation	200 DH
ECG	100 DH

TOTAL=	300 DH
acquitée en espèce	

arrêtée la présente facture à la somme de trois cent dirhams

Signé : Dr BENHALIMA



---

5 rue Sourya Imm RACHADI Gueliz MARRAKECH

Tél 05,24.43.14.00 Fax 05,24.43.76.31

Identification Fiscale 69101772 Patente N° 45104983