

# 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 : EF 80 Société :

**Actif**

**Pensionné(e)** Autre :

Nom & Prénom : KOUDARI FATIMA 163806

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 06 75 74 19 05 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : V/HOUARZI FAIRIA Age :

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

Nature de la maladie : Cardiopathie

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) :



#### **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 31 Mars 2023    | On                | 2500                  |                                 | Dr. Mohamed Ali Ben Aissa<br>Spécialiste des Maladies du Coeur,<br>des Veines et de l'Hyper tension Artérielle<br>et Dr. El Jadid et Dr. Beda Guedira<br>Lundi à Vendredi de 8h à 16h<br>Casablanca |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

|   |          |   |
|---|----------|---|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture   |
| <b>PHARMACIE IBN ROUCHD</b><br><b>Mehdi BELAYACHI</b><br>355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaa<br>Casablanca - Tél: 0522 37 07 06. | 31/05/23 | <b>125900</b><br>125900<br>355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaa<br>Casablanca - Tél: 0522 37 07 06. |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

## Important

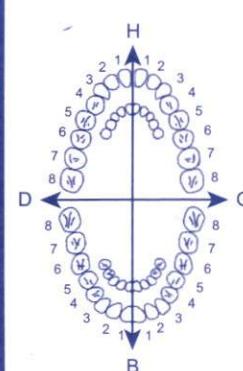
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# Dr. Mohamed Ali BENNANI

## Cardiologue

Spécialiste des maladies du cœur, des vaisseaux et de l'hypertension artérielle  
Echocardiographie doppler - Holter tensionnel - Holter rythmique  
Epreuve d'effort  
Traitement des varices  
Sur Rendez-vous



مركز فحوصات القلب والشرايين

CENTRE D'EXPLORATIONS CARDIOVASCULAIRES

31/03/2023

الدكتور محمد علي بناني

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين  
وارتفاع الضغط الدموي

تشخيص بالأمواج فوق الصوتية والدوبлер

تسجيل مستمر لضغط الدم لمدة 24 ساعة

تسجيل مستمر لخطيب القلب لمدة 24 ساعة

تخطيط القلب عند المجهود

علاج الدوالي (العروق المنتفخة بالساق)

بالموعود

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

M. KHOUDARI FATNA

Nom :

Régime peu salé

DETENSIEL 10 mg, Comprimé pelliculé : 1/2 comprimé le matin pendant 3 mois

IPERTEN 20 mg : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE 100mg , Comprimé : 1 comprimé à midi pendant 3 mois

VARTEX 160 : 1 comprimé le matin pendant 3 mois

KALEST 20 mg, Gélule en microgranule : 1 gélule le soir pendant 3 mois

Docteur Mohamed Ali BENNANI

Dr Mohamed Ali BENNANI  
Spécialiste des Maladies du Coeur  
des Vaisseaux et de l'Hypertension Artérielle  
1.Rue Ahd El Jadid et Bd Reda Guedira  
1<sup>er</sup> Etage Tél/Fax: 05 22 55 50 55

PHARMACIE IBN ROUCHD

Mehdi BELAYACHI

355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaâ  
Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

Traitement à ne pas arrêter jusqu'au prochain rendez-vous le :

Vendredi 30 Juin 2023

عدم توقيف الوصفة حتى الموعد المقدر

زنقة 4 العهد الجديد وشارع رضى اكديرة (النيل سابقا) - الطابق الأول (قرب حمام الفن) - ابن امسيك - الدار  
Ahd El Jadid et Bd. Reda Guedira (Ex. Nil) - 1 Etage - (à Côté de Hammam El Fane) - Ben M'sik - Casablanca  
: 0522 59 59 00 - GSM : 0636 36 61 36 - E-mail : bennanimedali@yahoo.fr

LOT 222018 1  
EXP 06 2025  
PPV 175.20 DH

LOT 2222924 1  
EXP 09 2025  
PPV 175.20 DH

**Vortex® 160 mg**  
28 Comprimés pelliculés sécables  
Laboratoires SOTHEMA  
AMM N° 25/16 DMP/21/NNP



6 118000 023159

LOT 222018 1  
EXP 06 2025  
PPV 175.20 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



6 118001 090280

**Vortex® 160 mg**  
28 Comprimés pelliculés sécables  
Laboratoires SOTHEMA  
AMM N° 25/16 DMP/21/NNP



6 118000 023159

**ALEST 20 mg**  
Océprazole (DCI)  
28 gélules



6 118000 340065  
LOT 211321  
EXP 04/2024  
PPV 75.00DH

6 118000 340065  
LOT 211321  
EXP 04/2024  
PPV 75.00DH

**DÉTENSIEL® 10 mg**  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

**MERCK**



6 118001 260287

هيدروكلوريد المانديبيين  
28 قرص عن طريق الفم

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
P.P.V. 152DH00

هيدروكلوريد المانديبيين  
28 قرص عن طريق الفم



6 118001 260287

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
P.P.V. 152DH00

إيليريس 20 مع

هيدروكلوريد المانديبيين  
28 قرص عن طريق الفم



6 118001 260287

Distribué par PROMOPHARM S.A.  
P.P.V. 152DH00