

# 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0049895

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 366 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI Mohamed

Date de naissance : 1939

Adresse :

Tél. : 05 22 89 1070 Total des frais engagés : 19.65,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N° 61 - 1er Etage RP Chahda - El Oulfa  
Tél : 05 22 89 1070 - 06 64 72 39 14  
N° 34 70670

Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : CHAKIR Mileda Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cardiaque

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) : m. m. Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
05/10/23	CCN ECO		200,00 100,00	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2 N°61 - 1er Etage BP Chahdia - El Oulfa Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 91170670

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie WIATY MOUHTOMYA ZEMRI Abdelhak Docteur en Pharmacie 220-22-24 - Casablanca Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 002	05/10/23	1015,60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Epreuve deffort	14/10/2023	165,00 H	Dr. Mehdi BENJELLOUN CARDIOLOGUE Rue 2 N°61 - 1er Etage BP Chahdia - El Oulfa Tél: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14 INPE: 91170670

# AUXILIAIRES MEDICAUX

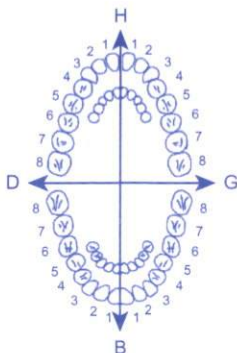
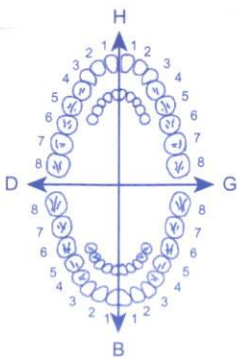
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

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																			
	<table><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		Coefficient DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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"/>															

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**

Casablanca, le : .....

05/10/2023

**CHAKIR Milouda**

145,00 x 3

**NOVORTAN 300**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

43,00 x 5

**ANGLOR 5**

1 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois

72,00 x 3

**DETENTIEL 10**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

27,70 x 3

**CARDIOASPIRINE 100**

1 comprimé à midi après le repas, pendant 3 mois

49,15 x 3

**MONONITRIL 20**

1/2 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois

17,00 x 3

**دكتور مهدي بنجلون**  
**Dr. Mehdi BENJELLOUN**  
**CARDIOLOGUE**  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chhdia - EL Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 - 0604.72.39.14



LOT : 9065 Irbésartan  
PER : 11/24  
PPV : 145,00 DH

LOT : 9067  
PER : 05/25  
PPV : 145,00 DH

LOT : 9066  
PER : 05/25  
PPV : 145,00 DH

PPV : 43DH00  
PER : 06/25  
LOT : M1906

PPV : 43DH00  
PER : 07/25  
LOT : M2687

PPV : 43DH00  
PER : 07/25  
LOT : M2687

PPV : 43DH00  
PER : 07/25  
LOT : M2687

PPV : 43DH00  
PER : 07/25  
LOT : M2687

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

7862160236

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

49,50

LOT 231200

EXP 05/28

PPV 170000

# CLINIQUE BELLE VILLE

24/10/23

CHAHIR

niwanda

Epreuve d'effort



391 - El Oufia  
Tél: 06 22 91 67 62  
INPE: 91170670

Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oufia  
Tél: 06 22 91 67 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél: +212 522 23 30 30 • Fax: +212 522 99 30 26 • GSM: +212 661 333 999

E-mail: [cliniquebelleville@cliniquebelleville.com](mailto:cliniquebelleville@cliniquebelleville.com) - Site web: [www.cliniquebelleville.ma](http://www.cliniquebelleville.ma)

Patente: 34751012 Identifiant Fiscal: 50560151 CNSS: 2832333 IÇE: 002868326000095

RIB: 190780212113658163000371 - Code SWIFT: BCPO MAMC



5-Oct-2023 17:30:35 Fréq. Card.: 66 BPM  
Axes P-R-T: 63 11 30 Int PR: 219ms  
Dur.QRS: 87ms QT/QTc: 367/381ms

5-Oct-2023 17:30:35

ID:  
D-naiss:  
ans,

Dr. Mehdi BENJELLOUN ~~محمدي بن جلول~~

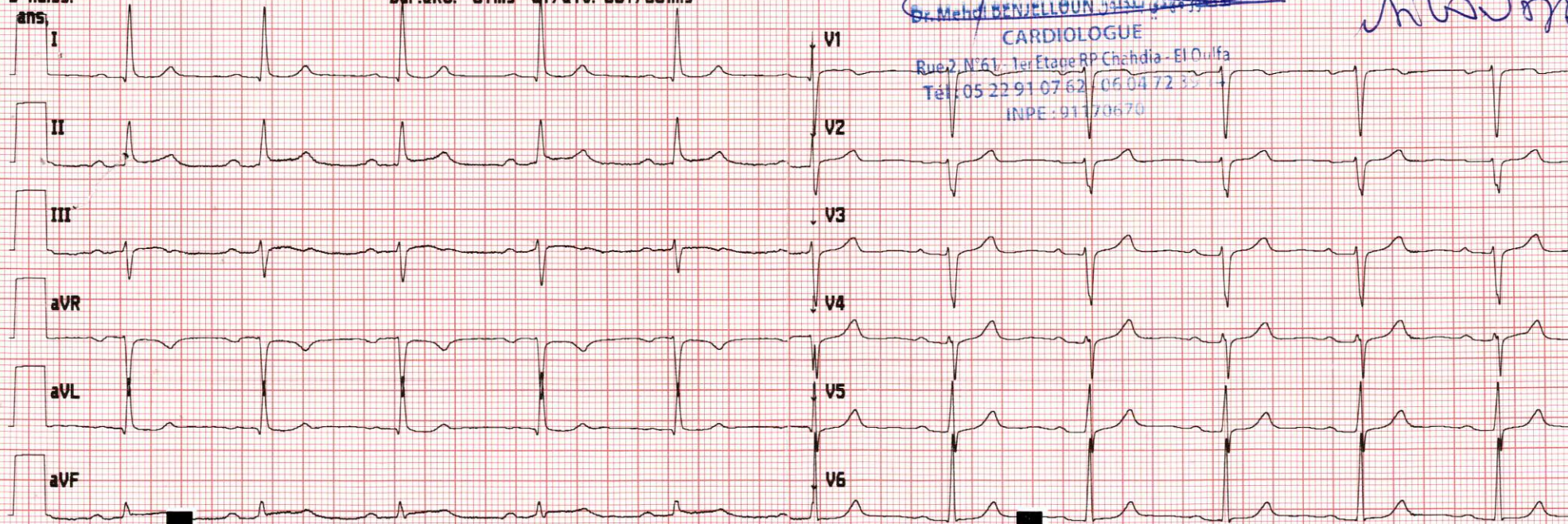
CARDIOLOGUE

Rue 2 N°61 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa

Tél: 05 22 91 07 62 / 06 04 72 35 14

INPE: 91170670

CHAHDIA  
Mehdi



**CLINIQUE BELLE VILLE**  
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme CHAKIR MILOUDA  
Séjour : Du 14/10/2023 au 14/10/2023

**FACTURE**  
202305433  
Du : 14/10/2023

Etablie par : M. Fatiha

**Clinique**

Code	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
CX18	EPREUVE D'EFFORT	1	650,00	650,00
TOTAL CLINIQUE			650,00	

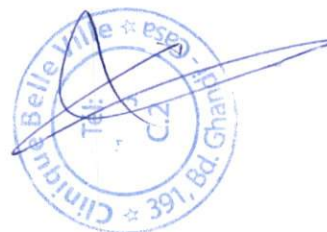
**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

**Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I**

Arretée la presente facture à la somme de SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

	Patient
Total TTC	650,00





MILOUDA CHAKIR  
14/10/2023 09:18

PAGE RESUMEE  
Mesure ST basée sur J+60ms

Protocole: BRUCE  
Durée d'ex.: 03:20

Patient Data

Nom: MILOUDA CHAKIR  
ID: ID(2):  
DDN: 01/01/1950 Age: 73  
Sexe: Fém. Race:  
Taille: cm Poids: kg

Max Valeurs:

Vit.: 4.0 km/h FC: 118 BPM % cible: 80%  
Pente: 12.0% PAS: 186/45 mmHg 03:10 FC\*PA 19344  
METs: 5.1 PAD: 168/53 mmHg 00:00  
Elév. PrtStr\_ST: 1.7 mm en V4 à 03:50  
Baisse ST: -1.4 mm en II à 02:00

Diagnosis:

Diagnosis 1:

Diagnosis 2:

Procedure 1:

Procedure 2:

Procedure 3:

Conclusions

EPREUVE D EFFORT SOUS MAXIMALE ARRETE DEVANT LA PPARITION DE DOULEUR THORACIQUE  
AU 2 EME PALIER  
ABSENCE DE MODIFICATION SGNIFICATIVE DU SEGMENT ST  
ABSENCE DE TROUBLE DE LA CONDUCTION  
NOMBREUSE ESSV ET ESV SURVENANT A L EFFORT ET PERSISTANTE EN PHASE DE  
RECUPERATION  
BONNE ADAPTATION DE LA TA A L EFFORT

EPREUVE D EFFORT LITIGIEUSE POSITIVE SUR LE CLINIQUE

مختبر مدي بنجلون  
CARDIOLOGUE  
Jus 2-HP54-1er Etage-RD Ghazal-Beja  
Tel: 05 22 91 07 82 - 05 04 73 39 14  
INPE: 01170670

RÉCAP p PALIER

		RECUP & PALIER										NIV. ST (mm)									
		Vit. (km/h)	Pente (%)	FC (BPM)	PA (mmHg)	METs	FC*PA	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6		
DEBUT EXE	EXE 00:00	1.8	0.0	113	168/53	1.9	12096	-0.8	-1.3	-0.6	0.9	-0.1	-1.0	0.6	0.1	0.7	0.4	0.1	-0.4		
PALIER1	EXE 03:00	2.8	10.0	105		4.8		-0.6	-0.4	0.1	0.4	-0.4	-0.1	0.3	-0.5	1.4	1.5	1.2	0.4		
PIC EXE	EXE 03:20	4.0	12.0	104	186/45	5.0	19344	-0.6	-0.3	0.2	0.4	-0.5	0.0	0.2	-0.5	1.0	0.9	0.8	0.0		
RECUP.	RECUP 01:00	2.7	0.0	94		4.4		-0.7	-0.2	0.5	0.4	-0.7	0.1	0.4	-0.5	1.6	1.5	1.1	0.4		
FIN RECUP	RECUP 02:21	2.7	0.0	86		3.5		-0.6	-0.5	0.0	0.4	-0.4	-0.2	0.3	-0.6	1.0	0.9	0.6	0.1		

Raisons de fin de test:

Reviewing Physician: Referring Physician: DR BENJELOUNE