

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042995

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 463 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HALOU LATIFA VE HEMMI ABD Kader  
Date de naissance : 7 ans  
Adresse : AZHANI II Rue 75 N°46 EL Oulfa Casa  
Tél. : 0664778385 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahoula - El Oulfa  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

Date de consultation : 18/10/2023  
Nom et prénom du malade : HALOU LATIFA Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : palpitations  
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) :



# 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
18/10/23	CSJ ECC		2000 100,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/10/23	158.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
		HOLTER HTA	650,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

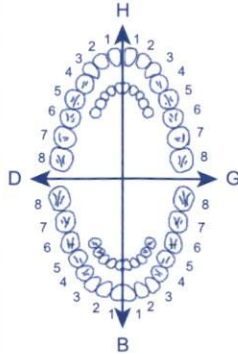
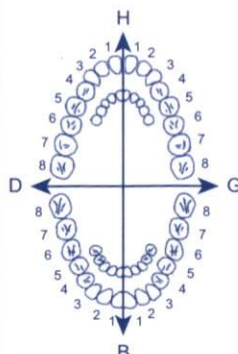
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) 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 : 18/10/2023

**HALOUI Latifa Ep. VEUVE HEMMY**

**DSTRESS**

1 comprimé, matin et soir

**VISENTIEL**

2 comprimés le matin

P.P.C : 79 DH  
Dluo : Lot :  
11/24 V307G

PHARMACIE SAIB  
SANTÉ AU  
DR ZAHED SAIB  
154 Bd Oued Bouazza  
El Alhadi Oued Bouazza  
Tél : 05 22 91 16 54

Lot : V307G  
Dluo : 11/24  
P.P.C : 79 Dh

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdelhak Ben Kaddour  
Tél : 05 22 91 16 54

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - EL Oulfa  
Tél : 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE : 91170670



## Informations du patient

Nom LATIFA HALOUI VEUVE HEMMY Médecin traitant  
 Numéro d'identification 26102023  
 Date de naissance 20 mai 1946  
 Taille, Poids 165 cm, 65 kg

Médecin interprète

## Vue d'ensemble statistique

Heure de début 26 octobre 2023, 14:55  
 Heure d'arrêt 27 octobre 2023, 16:02  
 Durée 25 Heures  
 Dosages 72 Total: 39 Inclus, 9 Exclus, 2 Evènements, 22 Erreurs

### Complet (39 Inclus, 64%)

	Min	Moye n	Max	Ecart type
Systolique	82	115,7	170	20,3
Diastolique	43	67,7	129	16,4
Pouls	32	51,6	70	10,7
PAM	59	87,9	153	19,7
Systolique > 140	10,3 %			
Diastolique > 90	5,1 %			

### Différence moyenne entre Eveillé et Endormi

	Δ mmHg	% baisse
Systolique	11,2	9 %
Diastolique	14,6	20 %
Pouls	0,8	1 %
PAM	20,9	22 %

### Eveillé (28 Inclus, 58%)

	Min	Moye n	Max	Ecart type
Systolique	82	118,9	170	20,2
Diastolique	43	71,8	129	17,0
Pouls	32	51,8	70	11,9
PAM	65	93,9	153	19,0
Systolique > 135	10,7 %			
Diastolique > 85	17,9 %			

### Endormi (11 Inclus, 85%)

	Min	Moye n	Max	Ecart type
Systolique	88	107,6	156	19,2
Diastolique	44	57,2	78	8,8
Pouls	47	51,0	70	7,2
PAM	59	72,9	105	12,6
Systolique > 120	18,2 %			
Diastolique > 70	9,1 %			

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

**Spécialiste des Maladies  
du cœur et des vaisseaux**

**Cardiologue**



**الدكتور مهدي بنجلون**  
**إختصاصي في أمراض القلب  
و الشرايين**

Casablanca, le : .....

## NOTE D'HONORAIRES

Facture N°: **20230000105**

Date : **26/10/2023**

Nom du patient : **LATIFA HALOUI VEUVE HEMMY**

Actes : **Holter Tensionnel**

Montant payé : **650,00 DH**

Mode de paiement : **Espèces**

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP Chahdia - El Oulfa  
Tel: 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14  
INPE: 91170670

**Adresse : Rue 2 n° 61 1er étage-Rond point Chahdia**

**El Oulfa-Tel : 0522910762, CP 0, Casablanca, Maroc**

زنگة 2, رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهيدة - الألف - الرباط  
Email : **drmehdibenjelloun@gmail.com**  
drmehdibenjelloun@gmail.com : 0604723914 - 0522910762 - الهاتف

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - RP chahdia - El Oulfa - 20230000105 - E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com  
INP 001170670 - ICE 00168245000091



71.447

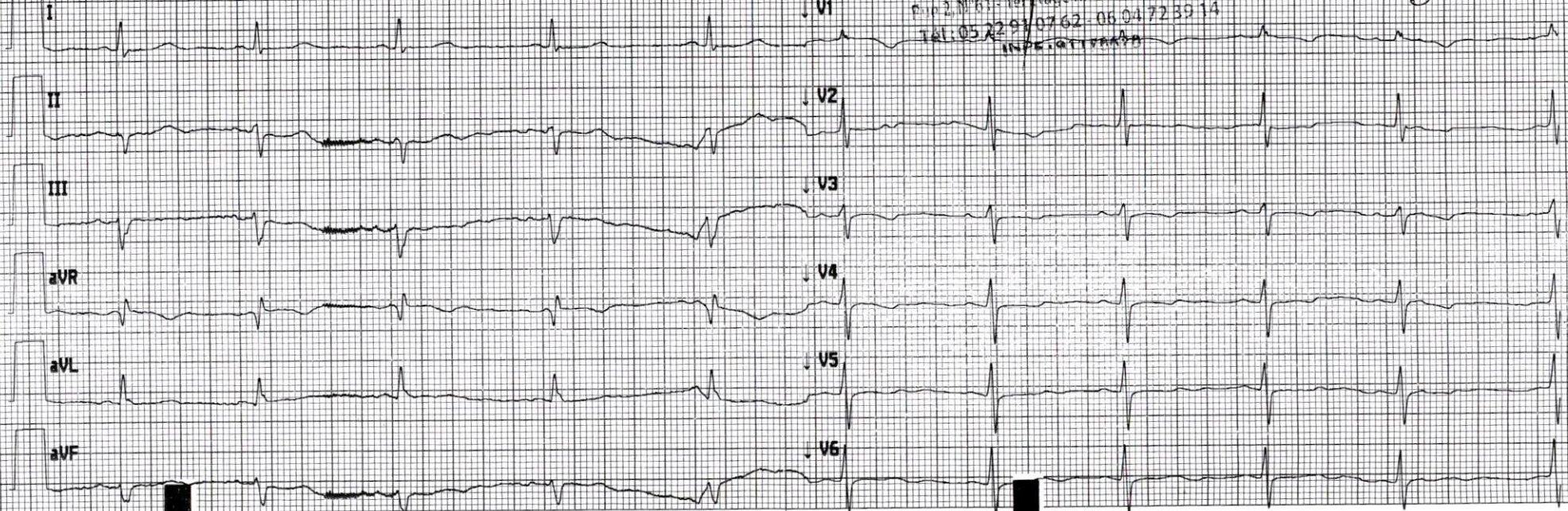
ID:  
D-naiss:  
ans,

18-Oct-2023 13:56:08 Fréq. Card: 63 BPM  
Axes P-R-T: 98 -53 68 Int PR: 152ms  
Dur. QRS: 91ms QT/QTc: 404/411ms

18-Oct-2023 13:56:08

Dr Mehdi BENIELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2 N°61: Hermitage El Ghazala - El Oulfa  
Tél: 05 22 91 07 62 06 04 72 39 14  
INFORMATIQUE

HARANI  
LAKHAR



114330225506

Dr benieloun Mehdi

Site \* 0 App.\* 0

Version 2.0.3.5 Séquence 31893 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz