

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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 : 1430

Société : 74 982

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ENNASS BENDAOUD

Date de naissance : 31/12/1953

Adresse : AT LOT AND ELKABIR NANT D'AZEMOUR

CASABLANCA

Tél. : 06 61 32 12 02 Total des frais engagés : 9300,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENI BENI AMAR  
Professeur de Cardiologie  
356 Rue Mohamed II Maâni  
CASABLANCA  
Tél. 022 26 13 36

Date de consultation : 24/03/2021

Nom et prénom du malade : ENNASS BENDAOUD

Age : 64

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Hypertension

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 : 24/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : Alex

### 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
24/03/2021	3.1.1.6	30000	30000	DR Professeur Dr. S. A. A. 2021-03-26 13:36

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature pharmacie Dr. S. A. A. 2021-03-26 13:36	24/03/2021	630,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

DENTAL TREATMENT PLAN

H 1 2 3 4 5 6 7 8  
2 1 2 3 4 5 6 7 8  
3 4 5 6 7 8 1 2 3  
4 5 6 7 8 1 2 3 4  
5 6 7 8 1 2 3 4 5  
6 7 8 1 2 3 4 5 6  
7 8 1 2 3 4 5 6 7  
8 1 2 3 4 5 6 7 8

D G B

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
	D 00000000 00000000 35533411 11433553	
	G	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saâd SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echo Doppler Couleur - Holter



**الدكتور سعد السلمي**

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

اختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدولبيير بالألوان

Patient :

ENNASSR AZIZA Casablanca, le 24/13/2021

1) Originib 50

$$140 \times 2 = 280,00$$

1 CP de matin  
ACP le soir



Traitement de  
24/13/2021

2)

Givaltine 10mg

1 CP le soir

Traitement de  
24/13/2021

$$70,00 \times 13 = 210,00$$

3) Déthranax 500  
29,70

1 CP J



4)

Vitamine C 1000cp eff

1 CP 20

$$15,30 \times 4 = 61,20$$

TOTAL = 630,20

Dr. Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
CASABLANCA  
Tel.: 0522 22 18 84/0522 26 13 36

356، زنقة مصطفى العماري (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

PPV:70DH00  
PER:06/22  
LOT:J1710

PPV:70DH00  
PER:06/22  
LOT:J1710

70,00  
PPV 70DH00  
PER 06/22  
LOT J1710

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 08/2023  
LOT 06077 25

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 01/2023  
LOT 90069 4

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 01/2023  
LOT 90069 4

**Vita C1000®**

PPV 15DH30  
EXP 01/2023  
LOT 90069 4

Pfizer

# زিথرومакс

أزيثروميسين



500 mg / 3 أقراص

ZITHROMAX® 500 mg   
3 comprimés



6 118000 250500

UT.AV. : 0 4 202 2

P.P.V.

7 9 7 0

LOT N° : 1 2 9 0 3 6 2

79,00  
1 - 17

09366030/4

# ANGINIB® 50mg

Losartan

56 Comprimés pelliculés

LOT: 241

PER: AUT 2023

PPV: 140 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

# ANGINIB® 50mg

Losartan

56 Comprimés pelliculés

LOT: 241

PER: AUT 2023

PPV: 140 DH 00



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

ENNUSR, AZIZA  
ID:

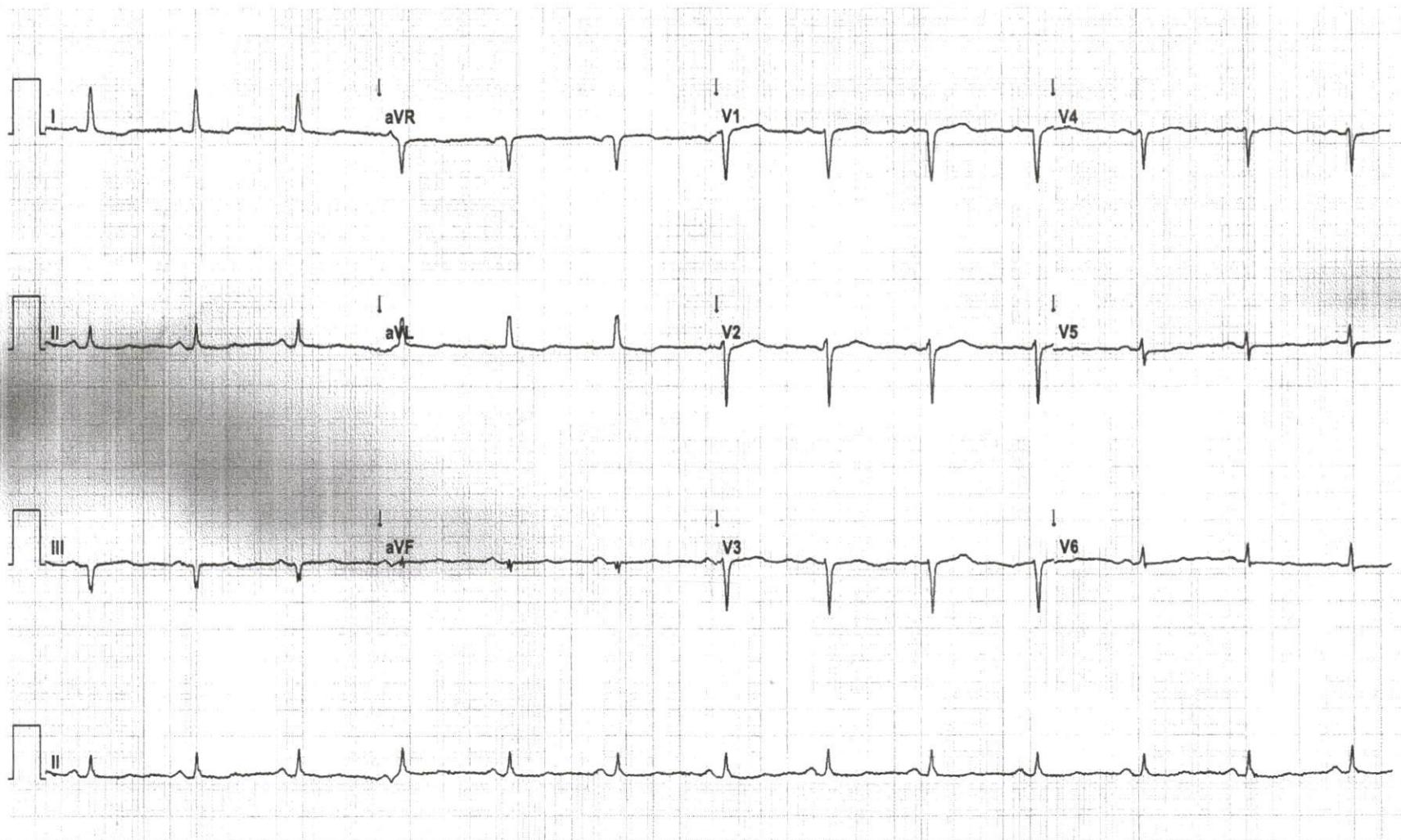
0yr  
Unknown

Comment:

24/3/21 11:45:31  
Vént rate: 76 BPM  
PR int: 155 ms  
QRS dur: 86 ms  
QT/QTc: 369 / 400 ms  
P-R-T axes: 68 1 108

RYTHME SINUSAL  
POSSIBLE INFARCTUS APICAL, DE DATE INDETERMINEE  
IDM INFERIEUR, PROBABLEMENT ANCIEN  
ECG ANORMAL

Revu par \_\_\_\_\_



Site Zero

Site # 0 Cart # 0 ELI Link 4.11.6.0 Sequence # 48649 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz