

# 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.

## 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.

## Educations :

- 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.

## Maladie :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0059554

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0704 Société : 80090  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BADRANE Albelhak  
Date de naissance : 22/8/86 1/1/47  
Adresse : Habituelle  
Tél. : 0661 230724 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 26/07/2014  
Nom et prénom du malade : Me BADRANE Albelhak Age 27 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : A - T A  
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 : 26/07/2014



# 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
26.07.2011	621	3	3000	Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Méd. Abdouh - Casa 05 22 29 81 5559

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE GARE OASIS 152, Bis Route de l'Oasis Casablanca - 0522 99 02 84	26.7.2011	1666,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

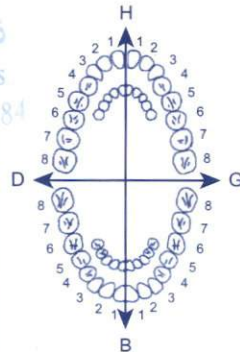
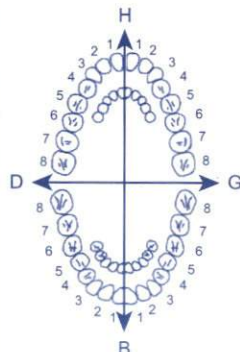
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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

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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 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

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
**CASABLANCA**

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Lot N° :  
 Exp :  
 PPV : 150,00  
 Exp :  
 PPV : 150,00  
 Exp :  
 PPV : 150,00  
 Exp :  
 PPV : 150,00  
 Exp :  
 PPV : 150,00

P.P.V. 136,60  
 P.P.V. 89,20  
 P.P.V. 89,20  
 P.P.V. 89,20

**Madame BADRANE Fatiha**

Casablanca le 26/07/2021

6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS  
 6 118001 100859  
**Cardensiel® 2,5 mg**  
 Comprimés pelliculés sécables B/30  
 PPV: 50,70 DHS

1- LEVOTHYROX:  
 A CONTINUER

2- APROVEL 300MG  
 1 comprimé par jour.

3- AMLOR 5 MG:  
 1 CP PAR JOUR A 20 HEURE

4- CARDENSIEL 2.5 MG:  
 1/2 CP PAR JOUR SANS ARRET

13.42 x 6  
 6.80 x 6  
 150,  
 136.60 x 4  
 89.20 x 3  
 50.70 x 3

Tc 166670.  
 Dr. EL MAKHLOUF Ali  
 5, Rue Med Abdouh - Casa  
 Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
 5, Rue Med Abdouh - Casa  
 Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89  
 Dr. EL MAKHLOUF Ali  
 5, Rue Med Abdouh - Casa  
 Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89  
 Dr. EL MAKHLOUF Ali  
 5, Rue Med Abdouh - Casa  
 Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**  
**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**  
**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU :06 61 13 14 83**





# PHARMACIE GARE DE L'OASIS

152 bis ROUTE DE L'OASIS

Docteur en pharmacie

R.C : 286850

Patente: 34751238

T.V.A :

C.N.S.S: 5786774

Tél : 0522-99-02-84 /

Le 26/07/2021

**FACTURE N°318821**

N° ICE : 000449140000063

N° IF : 42304033

**BADRANE ABDELHAK**

ICE N° :

Qté	Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
3	LEVOTHYROX 50UG-30COMP	13,40	0,00	13,40	40,20		40,20	2,63	7,00
1	CARDENSIEL 2.5 MG / 30	50,70	0,00	50,70	50,70		50,70		
3	LEVOTHYROX 25UG-30COMP	6,80	0,00	6,80	20,40		20,40	1,33	7,00
<div> PHARMACIE GARE OASIS 152, Bis Route de l'Oasis Casablanca - 0522 99 02 84</div>									
DROIT TIMBRE 0.25%		BRUT TTC		0,00	- Remise	0,00	= NET TTC	111,30	
Nombre d'Articles : 3		TVA 7% Base :		56,57	Montant :	3,96	TVA 20% Base :	Montant	

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Cent Onze Dirhams et 30 centimes.

# Welch Allyn CardioPerfect

Nom: BADRANE FATIHA  
Numéro: BADRANE FATIHA  
M ou Mme: Féminin  
né le: Age: (-)  
Enregistré: 26/07/2021 19:20:15  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

P / PQ 123 ms / 237 ms  
QRS dur: 101 ms  
QT / QTc / QTd 411 m / 408 m / -  
P/QRS/T axis: 15° / -26° / 9°  
Rythme cardiaque: 58 bpm

*Handwritten signature*

*Handwritten signature*

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh - Casa  
Tel: 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89

