

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3094

Société : MFSO

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BAYADI Rkia

Date de naissance :

Adresse : Rue jules gressat éelina N° 6 oasis

Tél. 0632527525

Total des frais engagés : 1000 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Soufiane BENTALHA**  
**Omnipraticien**  
Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel  
Al Baraka GH 9 Imlil C 104 Apt. 1  
Béz de Chasse Hay Massani - cas

Date de consultation : 31/05/2022

Nom et prénom du malade : LAKIACH Rkia tpa BAYADI Age : 31

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection Respiratoire

Respiratoire

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 : / /

Bayadi



**DR SOUFIANE BENTALHA**  
**Omnipraticien**  
Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel  
Al Baraka GH 9 Imlil C 104 Apt. 1  
Béz de Chasse Hay Massani - cas

**R ACCUEIL**  
**I. BOUTEFLIA**

### 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                                                                                      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 31.05.2022      | Prise de malade   |                       | 700,00                          | Dr. Sourane BENTALHA<br>Omnipraticien<br>Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel<br>Al Baraka GH 3 Imm. C 104 Appt. 1<br>Rez de Chaussé Hay Hassani - cas |
|                 |                   |                       | 300,00                          |                                                                                                                                                     |
|                 |                   |                       | 1000,00                         |                                                                                                                                                     |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|----------------------------------------|------|-----------------------|
|                                        |      | Pas de médicament     |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

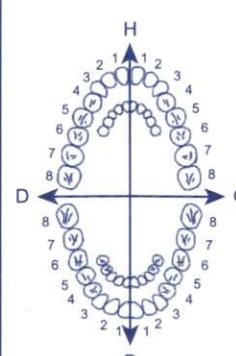
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

### 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  |                |                  |             |                         |
|                                                                                     |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                     |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                                                                                     |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |
|                                                                                     |                |                  |             | Coefficient des Travaux |
|                                                                                     |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                     |                |                  |             | DATE DU DEVIS           |
|                                                                                     |                |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

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

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Cabinet de Médecine Générale  
Dr Soufiane BENTALHA

Diplôme Universitaire de Diabétologie  
Diplôme Universitaire de Nutrition & Diététique Médicale  
Diplôme Universitaire de Dermatologie Interventionnelle  
Hypertension Artérielle - Electrocardiogramme  
Echographie  
Membre de la Société Marocaine d'Hypertension Artérielle  
Médecin Agrée par le Ministère de la Santé pour l'obtention  
du certificat médical d'aptitude pour le permis de conduire



عيادة الطب العام  
الدكتور سفيان بنطلحة

دبلوم جامعي في أمراض داء السكري  
دبلوم جامعي في التغذية و الحمية الطبية  
دبلوم جامعي في الأمراض الجلدية التداخلية  
ارتفاع الضغط الدموي - التخطيط الكهربائي للقلب  
الشخص بالصدى  
عضو بالجمعية المغربية لارتفاع الضغط الدموي  
طبيب معتمد من طرف وزارة الصحة  
نيل الشهادة الطبية لرخصة السياقة

Casablanca, le : 31. Mai. 2022 ..... الدار البيضاء، في :

H- LAOLACT 1000 mg x 10 RAMASS

y- Zivlox 400 (Méf)

1 Cp/j après repas  $\times 07J$   
Midi

y- MEIACT 200

1 Cp  $\times 2/j$  après repas  $\times 07J$

3) - Celesteine 2 mg ou Békarate 2 mg

3 Cp/j en 1 sucre puri, Matin  
au sucre puri repas.  $\times 07Jours$

4) - Fluibron puri

1 Cts  $\times 31-$

5) - Stimul Ampoule Inj/5ml

diluer 1 Ampoule ds 1/2 verre d'eau  $\times 31-$

jeder 15 jours

6) - Seroplex 10

1/2 Cp/j Matin, après repas  $\times 03$  jours

puri 1 Cp/j Matin, après repas  $\times 1$  mois

7) - Doliprane 1000

1 Cp  $\times 31-$

Dr. Soufiane BENTALHA

Omnipraticien

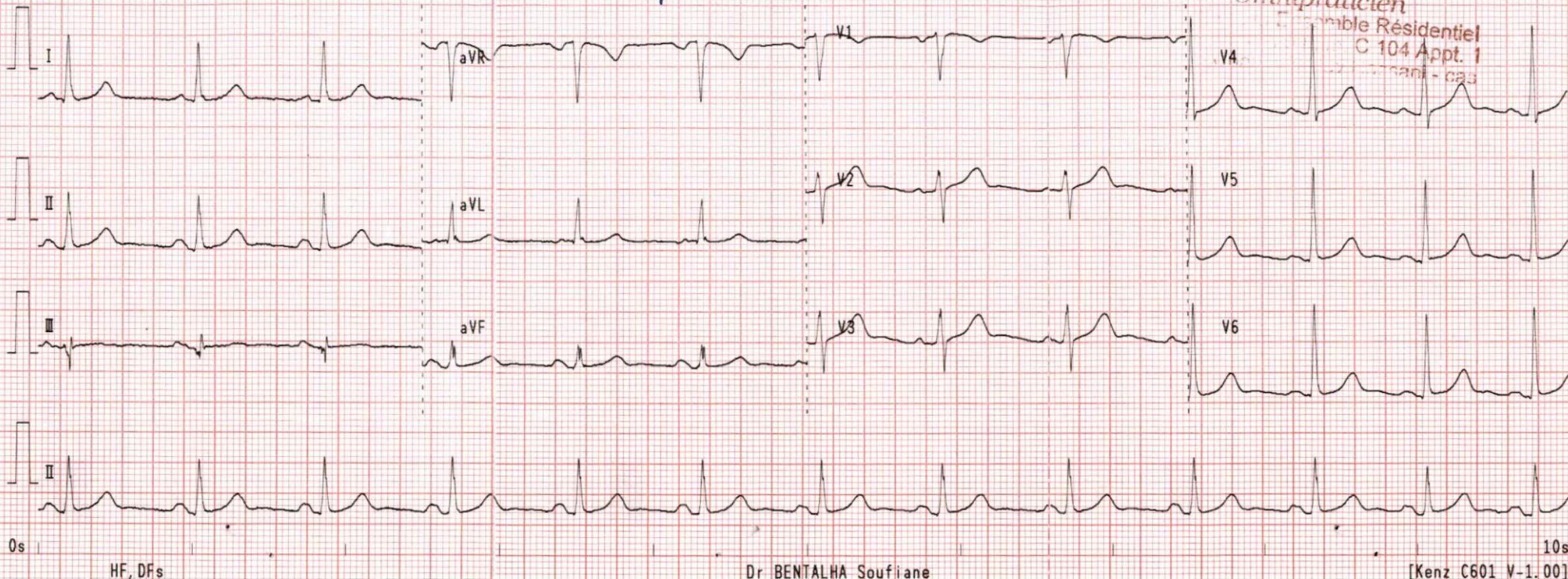
Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel  
Al Baraka GH 9 Imm. C 104 Appt. 1  
Rez de Chaussé Hay Hassani - Casablanca

70.599

MAI. 31, 2022 10:21:55

ID =

AGE/SEXE 21 / q.

Dr. BENTALHA Soufiane  
NOM = BENTALHA Soufiane  
OmnipraticienMaison Résidentiel  
C 104 Appt. 1  
Santé - CAS

0s

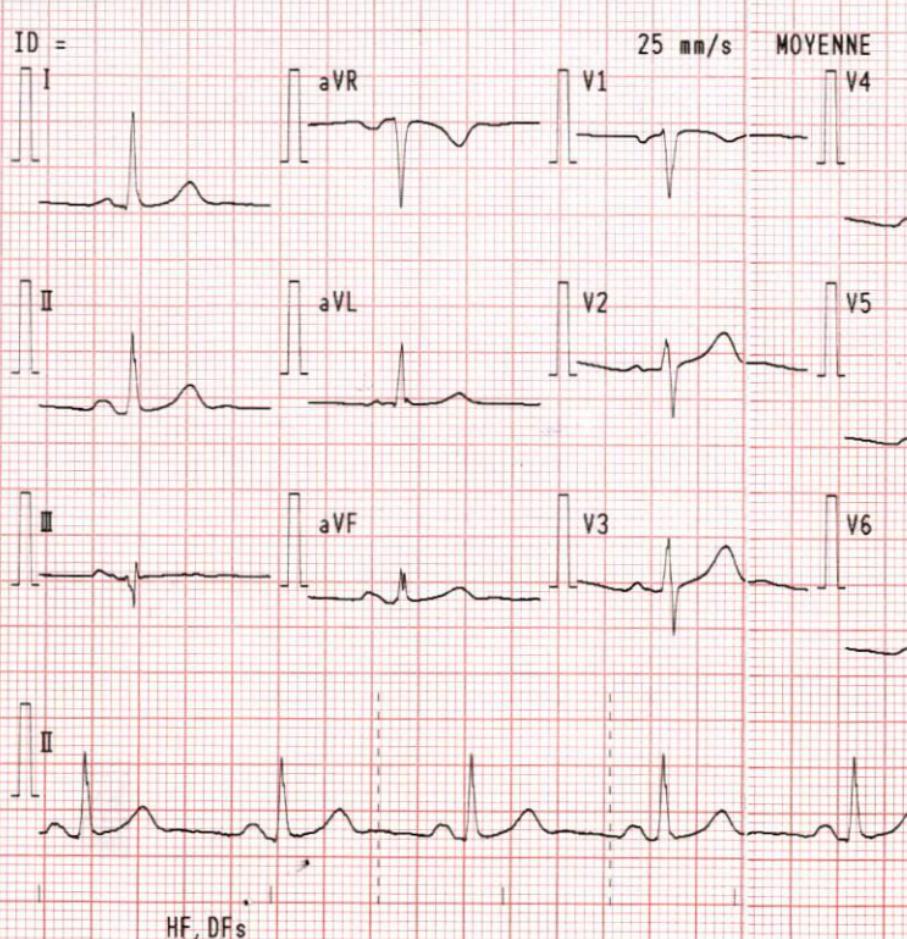
10s

HF, DFs

Dr BENTALHA Soufiane

[Kenz C601 V-1.00]

70.599



Dr. Boudjemaa BENTALI MAI 31, 2022 10:21:55  
ECG EN REPOS (2.02)  
~~Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel~~  
~~Al Baraka G 19 Imm. C 104 App. 1~~  
~~Rez de Chausseé Hay Hassani - cas~~  
~~ANJACHT LWA~~

ID = CH 9 Imm. C 104 App. 1  
AGE/SEXESSé Hay Hassani - cas  
TAILLE = cm  
PDS = kg  
P. A. = 120/80 mmHg  
F. C. = 75 / min (0.793 s)  
PR = 0.146 s  
QRS = 0.074 s  
AXE = 23 deg  
QT/QTcB = 0.360 s / 0.404  
RV5 = 1.51 mV  
SV1 = 0.66 mV  
TRAITEMENT =  
Suliat 5/80

Dr. Boudjemaa BENTALI  
RÉVISÉ PAR  
~~Bd. Ibn Sina Ensemble Résidentiel~~  
~~Al Baraka G 19 Imm. C 104 App. 1~~  
~~Rez de Chausseé Hay Hassani - cas~~

Dr BENTALHA Soufiane

ID =

Kenz C601 v

TD =

[Kenzo C601 V-1.00]

599

MAI. 31, 2022 10:21:55  
DE STRESS : OUI  
\*\*\*\*\*  
\$

\*\*\*\*\* ECG NORMAL \*\*\*\*\*

807 Rhythme normal sinus

Aug. 95. Air balloon.

• Virtuellement dans les limites normales.