

# 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.

**180397**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **2928** Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **BELABED HALIMA** *neuve osmaki said*

Date de naissance : **01/01/1952**

Adresse : **Groupe 1K Rue 156 N° 18 Elouffa casablanca**

Tél. : **06 69 22 11 53 / 05 22 20 55 33** Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **29/09/2023**

Nom et prénom du malade : **BELABED HALIMA** Age :

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : **HHT**

Affection longue durée ou chronique :  **ALD**  **ALC**

Pathologie : **Cardiologie**

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) :



## 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
10/05/13	CGA		200,00	DR MAMOUN BENJELLOUF J.D. CARDIOLOGIST RUE 2 N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - El Jadida Tel: 05 22 91 07 62 - 06 54 22 39 14 IMPE: 911703-0
	ECG		100,00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE HILAYA AL KHALI</b> <b>ZEKRI Abdellati</b> <b>Docteur en Pharmacie</b> <b>120-222-224 Bd Oued Moulaya El Oulja</b> <b>Casablanca - Tel: 0522.90.51.</b> <b>ICE: 002291220000071</b>	<b>(29/09)</b> <b>Ref 23</b>	<b>1323,00</b>

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : ..... 29/09/2023

**BELABED Halima**

106,60 x 3

**SECTRAL 400**



1 comprimé le matin, pendant 3 mois

43,00 x 3

**INIKAL 5**



1 comprimé, matin et soir, pendant 3 mois

27,70 x 3

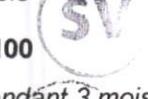
**CARDIOASPIRINE 100**



1 comprimé à midi, pendant 3 mois

100,70 x 3

**TAMBOCOR OU FLECAINIDE 100**



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

126,00 x 3

**ESCIPLEX 10**



1/2 comprimé le matin, pendant 3 mois

19,50 x 6

**UVEDOSE**



1 ampoule tous les 15 jours, pendant 3 mois



N 2039

دكتور مهدي بنجلون  
 Dr. Mehdi BENJELLOUN  
 CARDIOLOGUE

Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chhdia - Casablanca - Tél.: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14  
 INPÉ: 911739-U

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH

6 118001 185030

Cardicaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH

6 118001 185030

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

6 118001 090280

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH

6 118001 185030

LOT : 221206

EXP : 08/2025

PPV : 43,00DH

UTAVL : LOT N° : P.P.V (DH) :

LOT : 221040

EXP : 07/2025

PPV : 43,00DH

UTAVL : LOT N° : P.P.V (DH) :

LOT : 22141 PER : 10/2027  
PPV : 100,70 DH

LOT : 22035 PER : 03/2027  
PPV : 100,70 DH

LOT : 22077 PER : 06/2027  
PPV : 100,70 DH

LOT : 221206

EXP : 08/2025

PPV : 43,00DH

UTAVL : LOT N° : P.P.V (DH) :

LOT 230549 1  
EXP 01 2025  
PPV 126.00

LOT 224101 1  
EXP 11 2024  
PPV 126.00

LOT 231502 1  
EXP 04 2025  
PPV 126.00

Maphar  
Bd Alkima N° 6, QI.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml  
SOL BUV  
P.P.V. : 19,50 DH

6 118001 185030

71447

29-Sep-2023 12:56:32 Fréq. Card.: 73 BPM  
 Axes P-R-T: 61 39 57 Int PR: 189ms  
 Dur.QRS: 85ms QT/QTc: 385/411ms

ID:  
 D-naiss:  
 ans,

I

II

III

aVR

aVL

aVF

29-Sep-2023 12:56:32

Dr. Mehdi BENJELLOUN 71447 12:56:32

CARDIOLOGIE

Rue 3, N°1 - 1er Etage RP Chahdia - El Oulfa  
 Tél: 05 22 91 07 62 06 64 72 72 14  
 INPE: 911 500 00

*RISÉA MED*

*H. S. M. A.*

↓ V1

↓ V2

↓ V3

↓ V4

↓ V5

↓ V6