

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.

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

M23-0027335

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1019 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHERRADI Boussou
 Date de naissance : 01/07/45
 Adresse : 15 Résidence Beau Sans AGADIR
 Tél. : 0661331399 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENNANI SMIRI YOUSSEF
 Date de consultation : 19 OCT. 2023
 Nom et prénom du malade : CHERRADI Boussou Age : 78
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : HTA - Dyslipidémie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : AGADIR Le : 20/10/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-027335

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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
19 OCT. 2023	CS + ECG		300 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Signature du Pharmacien ou du Fournisseur
PHARMACIE BD. MOHAMED V 3, Complexe Al Mouassat AGADIR Tél: 05 28 82 45 91	19.10.23	PHARMACIE BD. MOHAMED V 3, Complexe Al Mouassat AGADIR Tél: 05 28 82 45 91



042014209

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	

VOLET ADHERENT

0513

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 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																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
			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



Dr YOUSSEF BENNANI SMIRES

Spécialiste en cardiologie médicale et interventionnelle
Diplômé de la faculté de médecine de Toulouse
Ancien interne et assistant des hôpitaux de Toulou
Ancien chef d'unité de cardiologie interventionnelle

LOT : 231006
PER : 03 2025

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830

P.P.V : 30DH70



6 118000 061847

19/10/2023

CHERRADI EL FADILI BOUBKER

- 30170
- Kardegic 75 mg - poudre en sachet
1 dose, midi, pendant 3 mois

- 294,00
- Coveram 10 mg / 10 mg - comprimé
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

- 79,00
- Tahor 10 mg - comprimé
1 Comprimé, soir, pendant 3 mois

- 87,50 x 2
- Nebilet 5 mg - comprimé
1/2 Comprimé, matin, pendant 3 mois

* VIGNETTE

V140977/01
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

V140977/01
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

COVERAM® 10mg/10mg
Périndopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130108

TAHOR® 10mg
28 comprimés PELLETABLES



6 118000 250340

578,70
PHARMACIE BD. MOHAMED V
3, Complexe Al Mouqgar Bd. Med V
AGADIR
Tél: 05 28 82 45 91

Dr. Youssef BENNANI SMIRES

📍 Apt N° 1, 1^{er} étage, Immeuble Nour WORKSPACE, Avenue 29 février - Talborjt - Agadir

☎ +212 (0) 5 28 82 10 30 - ☎ +212 (0) 6 48 10 26 26

✉ cardiologie.bennanismires@gmail.com



Dr YOUSSEF BENNANI SMIRES

Spécialiste en cardiologie médicale et interventionnelle

Diplômé de la faculté de médecine de Toulouse

Ancien interne et assistant des hôpitaux de Toulouse

Ancien chef d'unité de cardiologie interventionnelle, CH Carcassonne

19/10/2023

Facture

CHERRADI EL FADILI BOUBKER

Acte

Consultation

ECG

Total

Honoraire

100,00 Dh

200,00 Dh

300,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
trois cents dirham(s)

Dr. Youssef BENNANI SMIRES

📍 Apt N° 1, 1^{er} étage, Immeuble Nour WORKSPACE, Avenue 29 février - Talborjt - Agadir

☎ +212 (0) 5 28 82,10 30 - 📞 +212 (0) 6 48 10 26 26

✉ cardiologie.bennanismsires@gmail.com

Nom **Boubker Cherradi el Fadili**
N° patient **89997467-45d8-4cc4-9f4b-355989d93bb3**

19.10.2023 14:37:13
12 dérivations standard

Date de naiss... 01.07.1945
Sexe Non défini
Taille
Poids
Ethnique Non défini
Stimulateur... Inconnu

N° séjour
Chambre
Traitement
N° requête
Émetteur de l...
Prot. requ.

FC 106 bpm
RR 564 ms
P 108 ms
PR 138 ms
Axe P 76°
Axe QRS 6°
Axe T 43°
QRS 79 ms
QT 327 ms
QTcB 435 ms

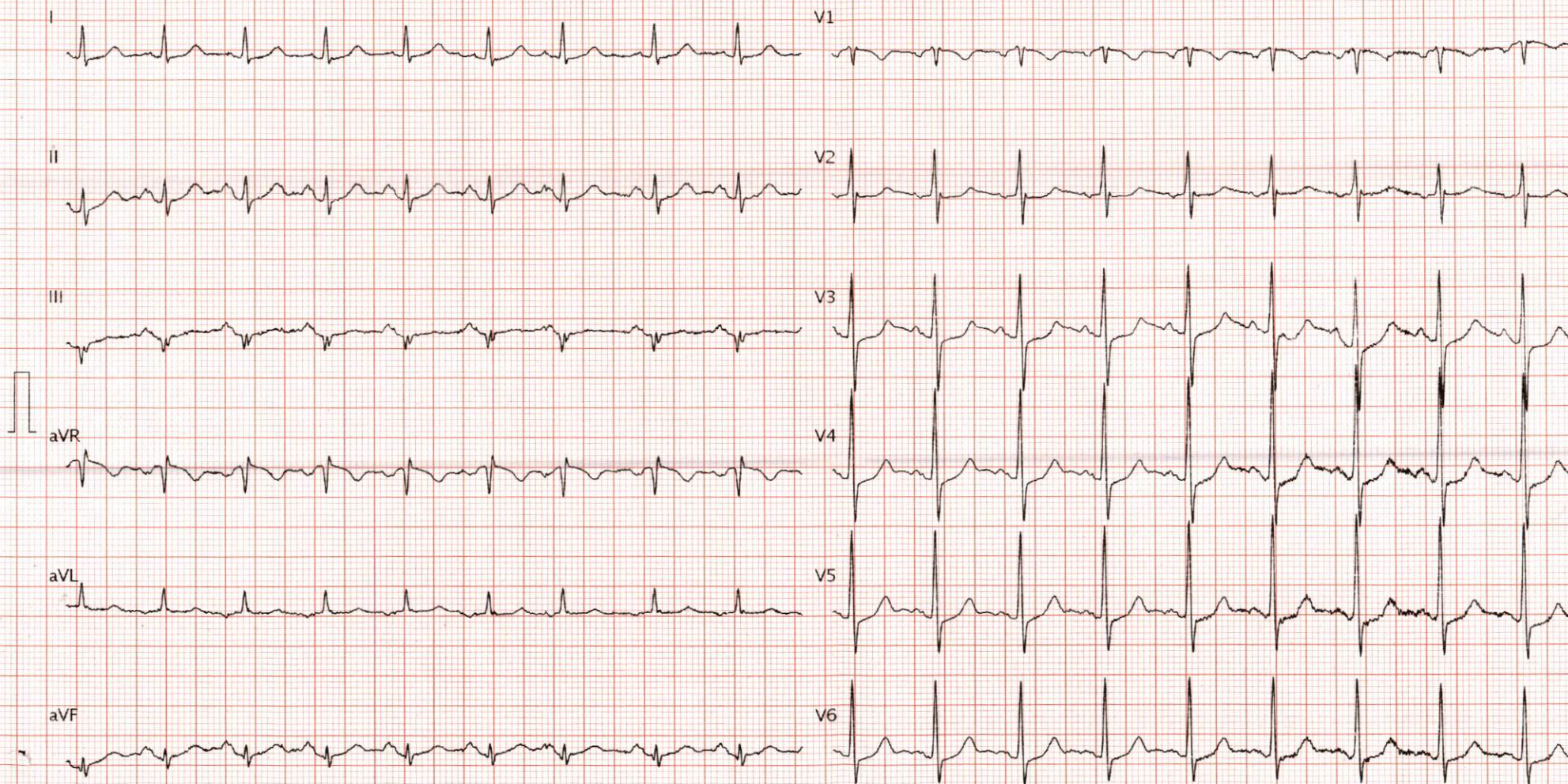
Rapport non confirmé

Indication
Remarque

Sa026

G $\frac{171}{90}$
D $\frac{167}{84}$

Dr. BENNANI SMILES YOUSSEF
CARDIOLOGIE HÔPITAL TAILOUT - AGADIR
Tél: 052862 1030 / 052862 1031
Fax: 052862 1032 / 052862 1033
ICE: 002665855000032



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 150 Hz, CA 50Hz