

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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

M22- N° 000733

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2723 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : Lahlaoui Ahmed  
 Date de naissance : 1955  
 Adresse : BLOC B. N° 162 C. 6 ALHOUWA. HABIB  
 Tél. : 06 61 37 04 14 Total des frais engagés : 1651,20 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 JAN 2024

Nom et prénom du malade : Lahlaoui Ahmed Age : 69

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : S.A.S

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 : 04 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) : Lahlaoui Ahmed

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22- N° 000733

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 : 2723  
 Nom de l'adhérent(e) : Lahlaoui Ahmed  
 Total des frais engagés : 1651,20  
 Date de dépôt : \_\_\_\_\_

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du praticien attestant la facturement des honoraires
04 JAN 2024		CS	200 Dhs	Dr. BOUGRIAH Hafida Spécialiste des Maladies Cardiaques T.P: 48100123
04 JAN 2024		ECG	100 Dhs	Dr. BOUGRIAH Hafida Spécialiste des Maladies Cardiaques T.P: 48100123

## EXECUTION DES ORDONNANCES<sup>60</sup>

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE ATTAWHID</b> Dr. TOUAB Daria 348 bis, Secteur E Cité El Houda Tél: 0528320002 - AGADIR ICE: 000421238000018 1212302	04-01-24	1351120

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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

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

## 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
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**

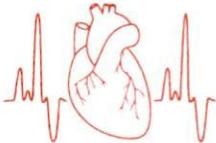
The diagram shows a 12x12 grid of nodes arranged in a diamond-like pattern. The nodes are numbered from 1 to 12 in a clockwise spiral starting from the top center node. The grid is centered at the origin (0,0) of a coordinate system. The horizontal axis is labeled 'D' to the left and 'G' to the right. The vertical axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The grid is bounded by a dashed outer line.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Hafida BOUGRINI**

Cardiologue  
Pour adultes et enfants



**الدكتورة حفيظة بوغريني**

أخصائية في أمراض القلب والشرايين  
للكبار والصغار

- Diplômée de la faculté de médecine de Marrakech et Marseille (France)
- Ancien médecin à l'hôpital princesse Grace à Monaco

- خريجة كلية الطب والصيدلة  
بمراكش ومرسييليا (فرنسا)

- طبيبة سابقاً في مستشفى الأميرة كراس بموناكو

Agadir, le :

Mr./Mme :

04/01/2024  
Ichou Ahmed

35,70 x 4 - Vendredi 60 up

1 cu d'uridine

1,4,10 x 4

2 -

Rohesol

1 cu

14/8/00 x 4

3

- Cosbenadol

Dr. Hafida BOUGRINI  
Cardiologue

Av. Hassan Ier Imm. Guedira 2ème étage  
N° 8-9 Massira - AGADIR  
Tél: 05 28 22 14 07 - GSM: 06 49 41 50 72

Av Hassan Ier Imm. Guedira 2ème étage N° 8-9 Massira - AGADIR

Tél : 05 28 22 14 07 - GSM : 06 49 41 90 72 - E-mail : dr.bougrini.cardiologue@gmail.com

PHARMACIE ATTAWHID  
Dr. TOUAB Akia  
348 bis, Sejour El Houda  
Tél: 05 28 32 00 02 - AGADIR  
Ref: 000421238000018

LOT  
230092 EXP  
03/2025  
PPV: 154DH10

ROSUVAS® SUN 10 mg  
Boîte de 30 comprimés pelliculés



LOT : 231589  
EXP : 09/2025  
PPV : 154DH10

ROSUVAS® SUN 10 mg  
Boîte de 30 comprimés pelliculés



LOT : 231589  
EXP : 09/2025  
PPV : 154DH10

ROSUVAS® SUN 10 mg  
Boîte de 30 comprimés pelliculés



ROSUVAS® SUN 10 mg  
Boîte de 30 comprimés pelliculés



LOT : 231058  
EXP : 06/2025  
PPV : 154DH10

LOT : 23E009  
PER : 04/2025  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT : 23E006  
PER : 04/2025  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT : 23E010  
PER : 04/2025  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

LOT : 23E010  
PER : 04/2025  
KARDEGIC 160MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 35DH70  
6 118001 081189

PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg  
28 comprimés pelliculés  
Voie orale



PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg  
28 comprimés pelliculés  
Voie orale



PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg  
28 comprimés pelliculés  
Voie orale



PPV : 148DH00

Lot n° :

Exp. :

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg  
28 comprimés pelliculés  
Voie orale



## Dr BOUGRINI Hafida

Médecin spécialisée dans les maladies cardio-vasculaire  
Adultes et enfants  
Echographie doppler cardiaque et vasculaire  
Epreuve d'effort  
Holter Rythmique-Holter tensionnel



AGADIR le 04/01/2024 أڭادير ???

د. بوگريني حفيظة  
طبيبه متخصصه في امراض القلب والأوعية الدمويه  
للبالغين والأطفال  
التصوير بالمواجات فوق الصوتية للقلب والأوعية الدموية (دوبلر)  
اختبار و تخطيط القلب أثناء المجهود  
هولتر لقياس نبضات القلب وهولتر لقياس ضغط الدم

## FACTURE

Je sousignée Dr BOUGRINI Hafida certifie avoir recu ce jour la somme de 300 DH (cs 200dh+ ECG 100 DH)

Certificat délivré(e) à M. LAHLOU Ahmed pour servir et valoir ce que de doit

Dr. BOUGRINI Hafida  
Spécialiste des Maladies  
Cardiaques  
T.P. 48100123  
أڭادير 041193608

Av.Hassan 1er Imm.Guedira 2ème étage N° 8-9 Massira-Agadir(A 40m de la clinique Ibn Sina-mini pain) 20605 AGADIR  
أڭادير 20605

Tel B: 05 28 22 14 07 Tel P: 06 49 41 90 72 E\_Mail: Dr.bougrini.cardiologue@gmail.com

Nom :lahlou ahmed

Cli No.:

Sex:Male

Age:69A

SN:0010673

Section:

CaseNo.:

Lit No.:

Date:04/01/2024 13:02:11



00:00 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Fréquence:	1000Hz	QT Interval:	--	Prompt:
Temps d'écha	8s	QTc Interval:	--	
FC:	65bpm	P Axis:	--	
P Interval:	--	QRS Axis:	--	
QRS Interval:	--	T Axis:	--	
T Interval:	--	RV5/SV1	--mV	
PR Interval:	--	RV5+SV1	--	

Dr. Hafida BOJGRINI  
Cardiologue  
Av. Hassan II, 1000 Casablanca, AGADIR  
Tél: 0528 22 14 00 - 0528 33 45 41 90 72

Docteur: