

# 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.

N° W21-813107

192282

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1368

Société :

Rotary

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

TA2GUi

LHOU

Date de naissance :

Adresse : LOT TADAMOUN, Rue 9, n°31 oufia  
Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mehdi BENJELLOUN  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N°61 - 1er Etage RP Chahida - El Oufia  
Tél. 05 22 91 07 62 - 06 04 72 39 14

Date de consultation :

26/12/2023

Nom et prénom du malade :

TA2GUi LHOU

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cardiopathie

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) :

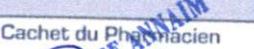
Le : 23/12/2024

test

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

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
16/07/61	CCD		200.00	INP : Dr. Mehdi BOUTEFLICKA CARDIOLOGIE Bte 2, N°61 - 1er Etage RP Chambre 12 tel: 06 22910762 - 06 04 11 HNE : 01174630
	ECG		100.00	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
 <b>2050293</b>	26.12.2023	751,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICALS

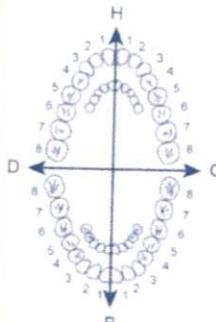
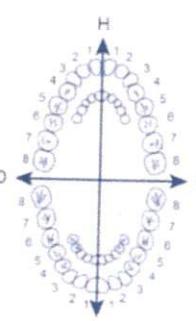
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ONDE

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
					<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
					<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
					<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
		H  D  B	25533412   21433552 00000000   00000000 G  00000000   00000000 35533411   11433553 B		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
					<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION					

**Dr. Mehdi BENJELLOUN**

Spécialiste des Maladies  
du cœur et des vaisseaux



الدكتور مهدي بنجلون  
إختصاصي في أمراض القلب  
و الشرايين

26/12/2023

Casablanca, le :

**TAZGUI Lhou**

**COSTAL 20**



1 comprimé le soir, pendant 3 mois

**KARDEGIC 75**



1 sachet à midi après le repas, pendant 3 mois

**CARDIX OU XEDIOL 6.25**



1/2 comprimé, 3 fois par jour, pendant 3 mois

**COVERSYL 5 MG**



1 comprimé le matin, pendant 3 mois

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sidi Abdellah RAOUI  
4, Résidence Annaim - Pharmacie  
Tél.: 022.89.43.09 - Casablanca

$$\begin{array}{r} 57,80 \times 3 \\ \hline 173,40 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 30,70 \times 3 = 92,1 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 41,90 \times 5 \\ \hline 209,50 \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 92,00 \times 3 \\ \hline 276,00 \end{array}$$

$$T = 751,00$$

PHARMACIE RESIDENCE ANNAIM  
Sidi Abdellah RAOUI  
4, Résidence Annaim - Pharmacie  
Tél.: 022.89.43.09 - Casablanca

لـدكتور مهدي بنجلون  
CARDIOLOGUE  
Rue 2, N° 61 - 1er Etage RP Chahdia - EL OULFA  
Tél.: 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14  
INPE: 91170670



71.447

26-Déc-2023 16:31:58 Fréq. Card.: 67 BPM  
 Axes P-R-T: 39 -70 31 Int PR: 154ms  
 Dur.QRS: 141ms QT/QTc: 469/484ms

