

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **iologie 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.

## **ique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **ducation :**

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.

## **ntaire :**

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3166 Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : IBRAHIMI

ABDELLatif

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662 56 30 42 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  **Lui-même**  **Conjoint**  **Enfant**

Nature de la maladie :

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) : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																																																													
					<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Début d'exécution</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																																																												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire <table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>GAUCHE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>22</td> <td>23</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td></td> <td>24</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td></td> <td>25</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td></td> <td>26</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td></td> <td>27</td> <td></td> </tr> <tr> <td>17</td> <td></td> <td>28</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BAS</td> <td>48</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>47</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>46</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>45</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>44</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>43</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>42</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>41</td> <td>31</td> <td>32</td> <td>33</td> </tr> </table> (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				DROITE	11 21	GAUCHE		12	22	23	H	13		24	21433552	14		25	00000000	15		26	00000000	16		27		17		28		BAS	48			47				46				45				44				43				42				41	31	32	33
DROITE	11 21	GAUCHE																																																															
12	22	23	H																																																														
13		24	21433552																																																														
14		25	00000000																																																														
15		26	00000000																																																														
16		27																																																															
17		28																																																															
BAS	48																																																																
47																																																																	
46																																																																	
45																																																																	
44																																																																	
43																																																																	
42																																																																	
41	31	32	33																																																														
		D	25533412 00000000 00000000 35533411	G	<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																																																												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																																																															

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0019172	
Date de Dépôt		Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			
<b>Cachet MUPRAS</b>			

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b> Nom & Prénom <i>I BRAHIMI Abdellatif</i> Fonction <i>Retraité</i> Phone <i>0662563042</i> Mail <i>3166</i> FEG		 <i>Signature de l'adhérent</i>			
<b>MEDECIN</b> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age <i>1946</i> Nature de la maladie <i>cardiopathie suspecte</i> <i>hypertension</i>		Prénom du patient <i>MR Ibrahim A. Abdellatif</i> Date 1ère visite <i>04/10/2019</i>			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes $\begin{array}{l} C_2 \\ + ECA \end{array}$		Nbre de Coefficient $\begin{array}{l} 200 \\ + 100 \end{array}$		Montant détaillé des honoraires $\begin{array}{l} = 300 DT \\ + 300 = 600 DT \end{array}$	
<b>PHARMACIE</b> Montant de la facture		Date <i>6/10/19</i> $7380$		INPE $142028265$	
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b> Date				 <i>Y-G-13 AVIBATIR AL-DOUAR RACHID</i>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires <b>CACHET</b>			
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b> Date		Nombre AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires <b>CACHET</b>			

بسم الله الرحمن الرحيم

# Dr. BENNANI Chakib

## Cardiologue

Spécialiste des Maladies du coeur  
et des vaisseaux

Diplômé de la faculté de Médecine  
de Rennes - France

Diplômé de la Médecine d'urgence  
à Brest - France

Ancien Assistant des hôpitaux  
de France (Lorient)

Echographie et doppler cardiaque  
Holter cardiaque et tensionnel - Pace -Makers



# دكتور بناني الشكيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

خريج كلية الطب ببرين (فرنسا)

شهادة الطب الإستعجالي ببرست (فرنسا)

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

الفحص بالإلكوغرافيا والدوبلر

ضبط البضات القلبية والضغط الدموي

FES, le : 04/10/2019

فاس، في :

MR Ibrahimi Abdellatif

(26, + 3) S.V. A l'or plus 5/10 - 11f.

PHARMACIE FARAH  
DR. YAHYAOUI RACHIDA  
13 AV IBNATIR FAFAH 2 LOT  
EL ARSA - FES - TEL: 05 35 60 05 14

III le 03 - 08

23 دص

Dr. BENNANI Chakib  
CARDIOLOGUE

Bd. Med V Résidence Tlemçani - FES

C. 0535 65 40 52 D. 0535 60 04 73

P. 06 61 18 73 56

شارع محمد الخامس، إقامة التعمساني

المركز الجديد: أودريبي - فاس

RDV Souhaitable.

Ramener vos médicaments lors des visites ultérieures.

Bd. Med. V, Résidence Tlemçani  
(Imb Nouv. Mag AU DERBY) Fes

Cabinet : 0535.65.40.52  
Domicile : 0535.60.04.73  
Mobil : 0661.13.73.56

E-mail : bennanich.cardiofes@hotmail.fr

Id.Fiscale : 15501585

Patente : 13202434

C.N.S.S : 8502850

AMLOR PLUS® 5mg/10mg 30 comprimés  
P.P.V: 246DH00



6 118001 170777

PAA050987

AMLOR PLUS® 5mg/10mg 30 comprimés  
P.P.V: 246DH00



6 118001 170777

PAA050987

amlor بلس®  
أميور فلستلين / أملور فلستلين  
5 مجم / 10 مجم  
30 قرص منافذ

amlor بلس®  
أميور فلستلين / أملور فلستلين  
5 مجم / 10 مجم  
30 قرص منافذ

Ne pas utiliser c'est ouvert

PPV

246

EXP:

08/2021

LOT:

AP4657

30 Comprimés pelliculés

# Amilor® Plus

Amlodipine/Atorvastatine

5 mg / 10 mg

## patient

nom: Mr Ibrahimi  
 prénom: Abdellatif  
 poids: 86kg  
 tension artérielle: 141/77

## mesure

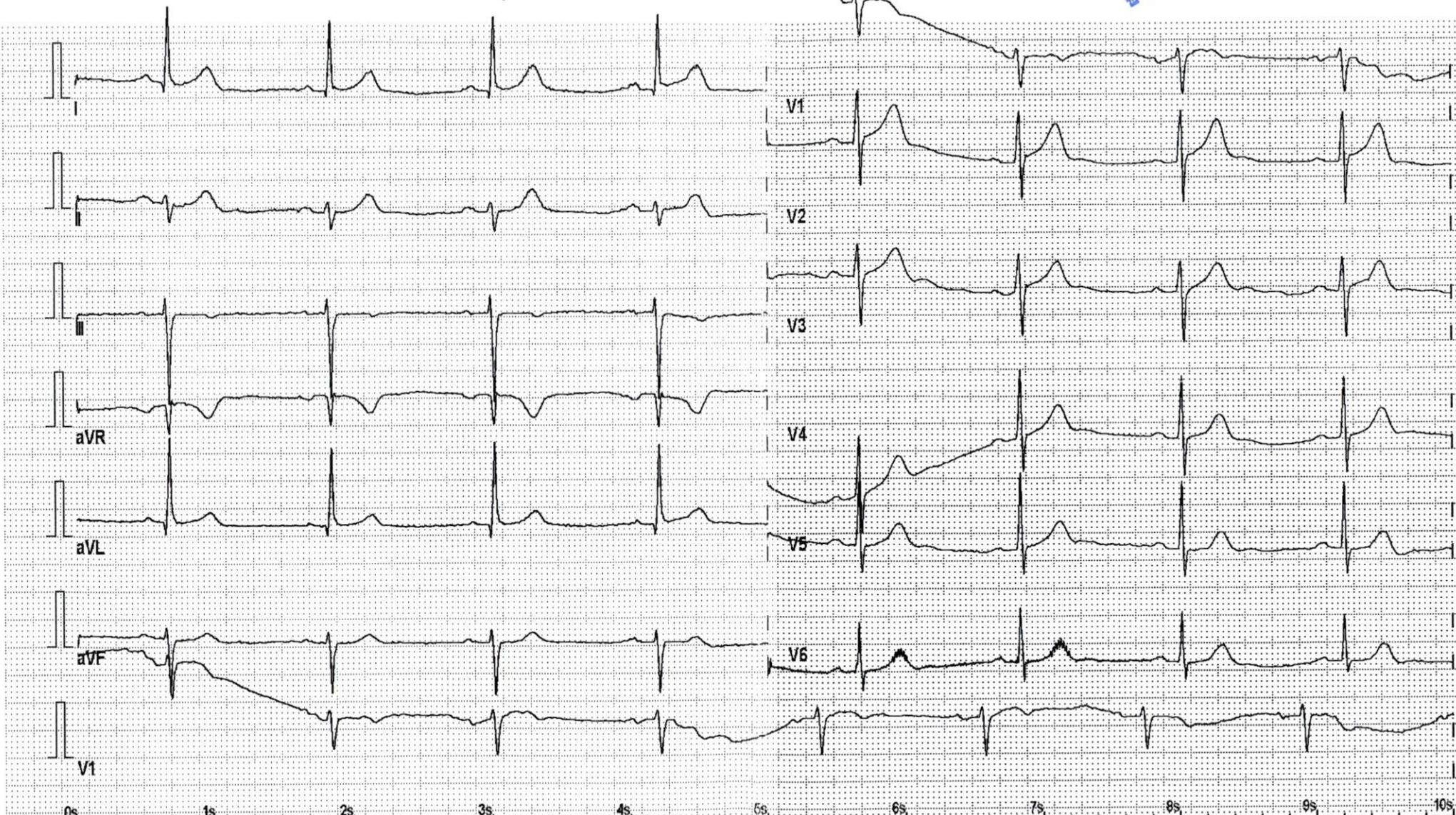
RR: 1178 ms  
 QRS: 94 ms  
 QT / QTc: 420 / 387 ms  
 P / PQ(PR): 104 / 182 ms  
 P / QRS / T: 30° / -34° / 7°

## interprétation

(rapport non confirmé)

RYTHME SINUSAL  
 DEVIATION AXE GAUCHE MARQUE  
 ECG ANORMAL

*Dr. BENNANI Chabib  
 Bd. Med V Résidence Familiale FES  
 C. 055 55 40 52 0335 60 34 73  
 P. 05 61 22 56*



profile 25 mm/s 10/10 mm/mV synchro FC = 51  
 0.07-80Hz adapt médecin

B T L

Prague interpretation  
 BTL-08 MT+ 08MT-0734174