

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 5582 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : El ouarai - Mohamed 940567

Date de naissance : 30/01/52

Adresse : 06 23 18 98 03

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : L'homme La femme Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

Affection longue durée ou chronique : ALD A.A.R.Z.A. 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 : Le : 07/05/2016

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE:092010552	30-04-24	265,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of the dental arch with numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches. Ar				

Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

Diplômé en rythmologie de l'université de Bordeaux

Ancien médecin des hôpitaux de Bruxelles

Ancien médecin de l'hôpital militaire de Rabat

دكتور بن شقرورن ادريس

متخصص في أمراض القلب والشرايين

متخصص في اضطرابات نبضات القلب

خريج كلية الطب بالرباط و بوردو (فرنسا)

طبيب سابق بمستشفيات بروكسل (بلجيكا)

طبيب سابق بالمستشفى العسكري (بالرباط)

CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque

trans-thoracique

Echographie cardiaque

trans-oesophagienne

Echographie doppler

vasculaire

Holter rythmique

Holter tensionnel

Epreuve d'effort

Rythmologie diagnostique

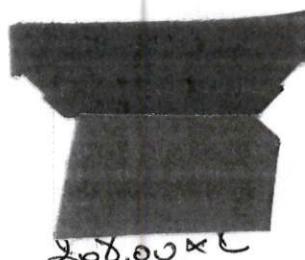
et interventionnelle

Implantation de pacemaker

Implantation de
défibrillateur

Electrophysiologie
endocavitaire

Exploration des troubles
du rythme cardiaque
et palpitations.



208,00 x 2

30.70, x 2

KARDEGIC 75 mg : 1 sachet par jour au repas de midi

5780 x 2

LD-NOR 10 mg : 1 comp par jour le soir

LOT : 231511	PER : 04/2026	KARDEGIC 75MG SACHETS B30
PPV : 57,800H	EXP : 10/2026	P.P.V : 30DH70
LOT : 231510	PER : 04/2026	KARDEGIC 75MG SACHETS B30
PPV : 10/2026	EXP : 10/2026	P.P.V : 30DH70

(TRAITEMENT DE 06 MOIS / ne pas arrêter sans avis médical)

- Prochain RDV : 06 mois (le 29/07/2024)

593.00

PHARMACIE ANNASSIM
Bd Oued Daoura Letissement
Habiba N°62/2 Oulfa casa
Tél : 002042097000024
Tél : 05 22 93 84 58

Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
193, bd Oum Rabii - 2ème étage - Oulfa - Casablanca
شارع أم الربيع - ولها - البيضاء
(au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec)
Tel: 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp : 07 77 04 78 68
06 61 29 13 24
Email : driss.benchakroune@gmail.com



Facture N° FAC-161331

Date

Client

EL OUARDI MOHAMED

Adresse

MA

Produit			Qté	P.U	Total
LD NOR CO 10MG B30 COMP			1	57.80	57.80
COVERAM CO 5MG/5MG B30 COMP			1	208.00	208.00

Total client	Total
265.80 DHS	265.80 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Deux Cent Soixante-Cinq DHS et Quatre-Vingt centimes

908.00

LOT : 231848
EXP : 11/2026
PPV : 57,80DH