

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-483088

MD: 31963

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3393 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN RACHID

Date de naissance : 11/11/61

Adresse :

Tél. : 0661 1476 03 Total des frais engagés : 220,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/05/2020

Nom et prénom du malade : BENCHEKROUN RACHID Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA / Maladie chronique

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.

29 JUN 2020

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 : Casablanca le 11/05/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
11/05/20	Ç		300,00	INP : 091114256 Dr. S. Bouhassal 1er Etage - Bourgoigne Casablanca 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 41

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 AN. D. S. S. Abouji - Lot Val d'As 0522 39 7 001875041	11/05/ 2020	2420,70

[illegible]

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AMINE Soufiane

Spécialiste en cardiologie

Maladies du cœur et des vaisseaux

Diplômé en Echographie cardiaque - Vienne

Attestation en échodoppler vasculaire - Paris

Cardiologie et explorations cardiovasculaires

Electrocardiogramme

Epreuve d'effort

Holter Tensionnel

Holter Rythmique

الدكتور أمين سفيان
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طب القلب والأوعية الدموية

ارتفاع ضغط الدم

دبلوم في الفحص القلب بالصدى - فيينا

شهادة فحص الشرايين بالصدى و الدوبلير - باريس

تخطيط القلب

فحص اختبار الجهد

قياس الضغط الدموي بالهولتير

فحص تخطيط القلب بالهولتير

Casablanca le : 11/05/2020 : الدار البيضاء في

Mr BENCHEKROUN Rachid

EXFORGE 10/160

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

LDNOR 20 MG

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

COPLAVIX

1 comprimé à midi après manger, pendant 3 mois

CARDENSIEL 1.25 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

FLUDEX LP 1.5 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

RÉGIME PEU SALÉ

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUS
19, Av. D'Alsace - 90 Val d'Artois
Casablanca - Tél: 0522 36 55 41
ICE 001875041000030

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rég. Sami Ter Enga - Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 55 / 06 59 39 40 40

22/05/2020

Signature

Angle boulevard Dr. Mohamed Sijilmassi (ex Bd du Phare) et boulevard Tantan, Résidence SAMI,
1^{er} étage, Bourgogne-Casablanca

Tel : 05 22 36 55 55 / Urgences : 06 59 39 40 40

زاوية شارع طانطان وشارع الدكتور السجلماصي (شارع المنار سابقا)، إقامة سامي، بوركون- الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 36 55 55 / مستعجلات: 06 59 39 40 40

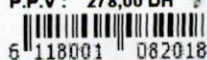
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Coplavix 75mg/100mg
b30 cp
P.P.V : 278,00 DH



LOT : 200131

UT AV : 01/2023

PPV : 99,00DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 200131

UT AV : 01/2023

PPV : 99,00DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):

LOT : 200131

UT AV : 01/2023

PPV : 99,00DH

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):



611800103060 6

EXFORGE ○
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

08 2022

BMJ91



611800103060 6

EXFORGE ○
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

08 2022

BMJ91



611800103060 6

EXFORGE ○
10mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361,00 DH

06 2022

BLE39