

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

MUPRAS : Contre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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

N° W19-517606

ND : 43 817

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3393	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BENCHEKROUN RA CHID			
Date de naissance : 11/11/61			
Adresse :			
Tél : 06 61 14 76 03 Total des frais engagés : 2109 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<input type="checkbox"/> Cachet du médecin :  Dr SOUFIANE AMINE CARDIOLOGUE Centre de Santé El Jadida - Bougargoug Centre de Santé El Jadida - Bougargoug			
Date de consultation : 24/09/2020			
Nom et prénom du malade : Ben Chekroun Rachid Age : 58 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : HTA 1 Maladie Coronaire			
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 : Casablanca
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 09/09/2020

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
24/09/18	C, ECG		300,00	INP : 091172056 Cachet laissé par le Médecin ED. D'INFORM. AVANTAGE DE LA SANTÉ DÉPARTEMENTALISÉE DE DIOLOGUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MAISON CLINIQUE SAS Slatini - Lot 23 02/01/ICE 001875341000</i>	<i>24/09/2023</i> <i>2023</i>	<i>1806,50</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25833412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35532411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE										
	H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> B	D	H	G	00000000	25533412	21433553	35533411	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
D	H	G									
00000000	25533412	21433553									
35533411	00000000	00000000									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVOIR

VISA ET RÉGISTRE D'EXPATRIATION : DOCUMENTS DE LA PERSONNE (TITRE ET NUMÉRO).

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



Dr AS

Casablanca le : 24/09/2020 الدار البيضاء في :

الدكتور أمين سفيان

الخصاصي في أمراض القلب والشرايين

طب القلب والأوعية الدموية

ارتفاع ضغط الدم

دبلوم في المرض الشاب بالصدى - قيبيتا

شهادة فحص الشرايين بالصدى والدوبلير - باريس

تخطيط القلب

فحص اختبار الجهد

قياس الضغط الدموي بالهولتير

فحص تخطيط القلب بالهولتير

4 X 273,00 Mr BENCHEKROUN Rachid

EXFORGE 10/160

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

LDNOR 20 MG

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

CARDIOASPIRINE

1 comprimé à midi après manger, pendant 3 mois

CARDENSIEL 1.25MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

RÉGIME PEU SALÉ

1804,50 PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 22/12/2020 POUR CONSULTATION

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOLOGUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi
Rés. Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tél: 0522 36 55 55 / Gsm: 06 59 39 40 40

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 السجلماسي (شارع المنار سابقاً)، إقامة سامي، بوركون - الدار البيضاء

06 59 39 40 40 / 05 22 36 55 55

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSS
19, All. Driss Slmani - Lot Val d'Anfa
Casablanca - Tel: 0522 36 55 78 44
Fax: 0522 36 55 78 45
Mobile: 0522 36 55 78 46
e-mail: 0522 36 55 78 47
Site: www.andalous.com

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

786216022

أملوديبين

28 قرصاً

عن طريق الـ

د

أملوديبين

28 قرصاً

عن طريق الـ

د

أملوديبين

28 قرصاً

عن طريق الـ

د

أمالود

28 قرص

عن طريق الـ

د

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

LOT : 201053

UT AV : 07/2023

PPV : 99,00DH

UT.AV.:

PPV (DH):

LOT : 201053

UT AV : 07/2023

PPV : 99,00DH

LOT.N°:

PPV (DH):

LOT : 200497

UT AV : 03/2023

PPV : 99,00DH

UT.AV.:

PPV (DH):

LOT : 201053

UT AV : 07/2023

PPV : 99,00DH

LOT.N°:

PPV (DH):

118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237

6 118001 100842

Cardensiel® 1,25 mg

Comprimés pelliculés B/30

PPV: 77,80 DH

7862160237



PHARMACIE CLINIQUE
ANDALOUSS

Client : Mr Benchehram
Rochid.

Facture N° :

Date : 24/09/2023

Règlement au comptant

Net à Payer TTC

1804.50

A l'Enlèvement



A la livraison

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUSSE
111, rue du Val d'Anse

19, Avenue Driss Slaoui, Lot Val d'Anfa, Casablanca – Maroc

Tél : +212 522 39 79 41

Patente 35607054 – RC 255202 – ICE 001875041000036

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
ارضاع ضغط الدمدبلوم في الفحص القلب بالصدى - فيينا
شهادة حصن الشرايين بالصدى و الدوبليير- باريستخطيط القلب
فحص اختبار الجهدفياس الضغط الدموي بالهولتير
فحص تخطيط القلب بالهولتير

Casablanca le : الدار البيضاء في :

24/09/2020

Mr BENCHEKROUN RachidNOTE D'HONORAIRE : 2020/444

Actes	Montant
Consultation+ECG	300,00
Total :	300,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMSAngle 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 السجلماسي (شارع المنار سابقاً)، إقامة سامي، بوركون- الدار البيضاء

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