

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° W19-421379

157949

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	606	Société :	R A M
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	T A T I R I j e r d e f i l
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06 61 200 379 Total des frais engagés : 35 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 03 AVR. 2023			
Nom et prénom du malade : T A T I R I J a t e r A b d e l l a h Age : 1939			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : cardiaque et obésité			
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 : 03/06/2023

VOLET ADHÉRENT

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
..... 2023	(.....) 16 200	INP : REKIP

INP

signature du Médecin
Paiement des Actes

gue
NAFSS - R
05.22.25.16.0
09.10.2
OLN V

10910

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>EL OUA Boulevard Sidi A route d'Azamor n CASA 05.22.36.66.22</i>	<i>3 h. 2023</i>	<i>2251,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

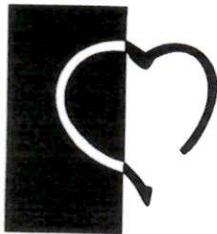
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[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



EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Driss BENCHEKROUN
CARDIOLOGUE

*Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse
Certificat d'Etudes Spéciales de Cardiologie*

- Echo-Doppler Cardiaque Couleur
 - Holter Tensionnel de 24 Heures
 - Holter Rythmique de 24 Heures
 - Epreuve d'Effort
- Echo-Doppler des Troncs Supra Aortiques**

DOCTEUR Driss BENCEHEKROUN
CARDIOLOGUE
Résidence Ben Omar
Rue Ibn Nafiss Immeuble B
Maârif – Casablanca
Tél. : 022. 25.06.06 / 022. 22.23.67

Casablanca, le 03/04/2023

Mr TAHIRI JOUTEY Abderrafih

ECHO-DOPPLER DES TRONCS SUPRA AORTIQUES

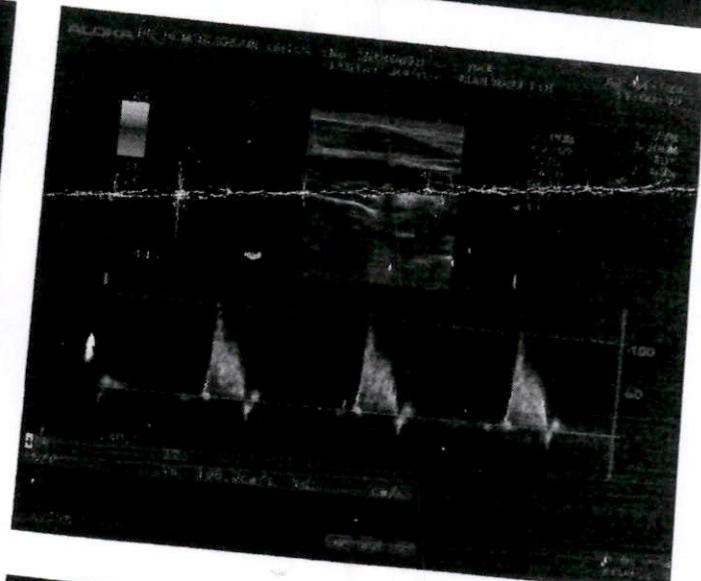
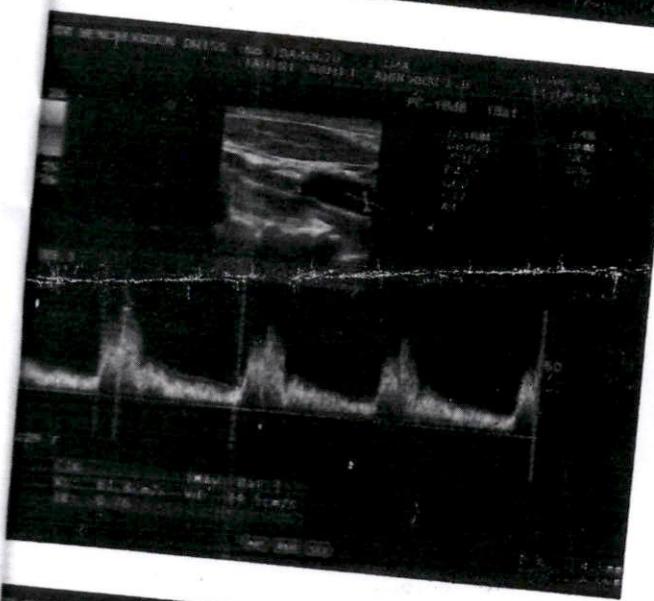
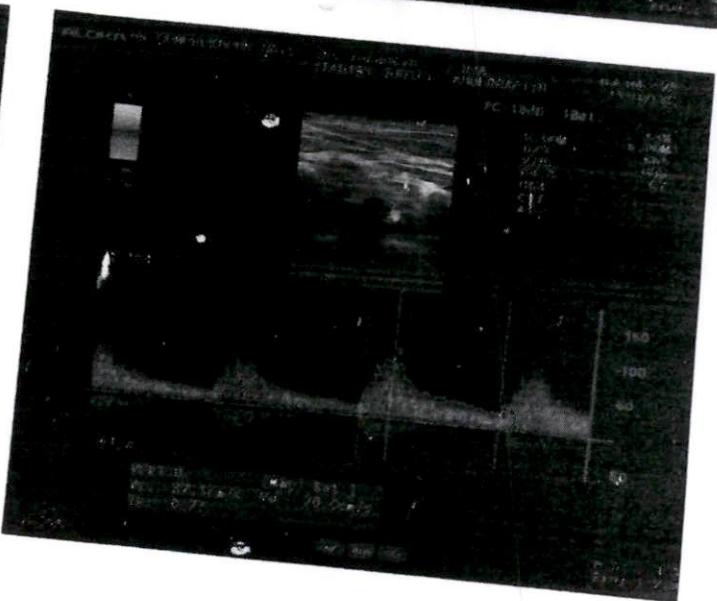
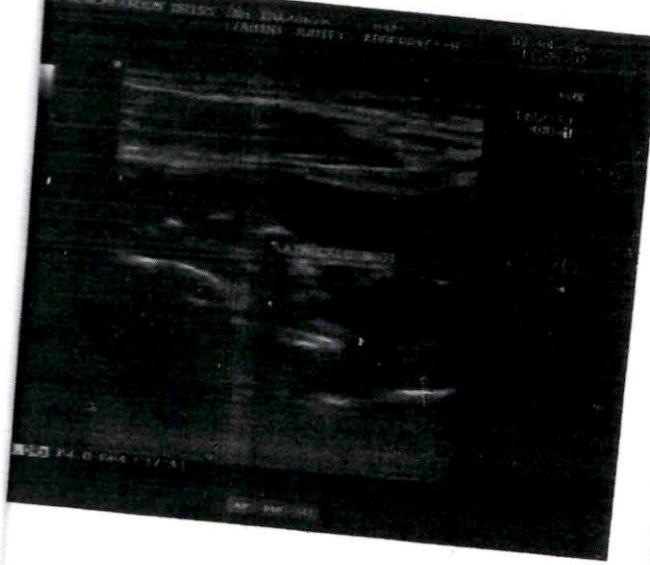
Les deux artères carotides primitives présentent des spectres normaux avec surcharge athéromateuse pariétale diffuse - Epaisseur intima média augmentée
Petite plaque athéromateuse mesurant (15.6 / 3.2 mm) sur le versant postérieur de la carotide primitive gauche
Surcharge bulbaire bilatérale calcifiée prédominant à gauche sous forme de plaques mesurant (13.4 / 2.5 mm) sur le versant antérieur et (8.1 / 2.3 mm) sur le versant postérieur, non sténosante
Les carotides internes sont libres. Leurs flux sont normaux
Les carotides externes sont perméables.
Les artères vertébrales ne présentent aucun signe de sténose, notamment ostiale.

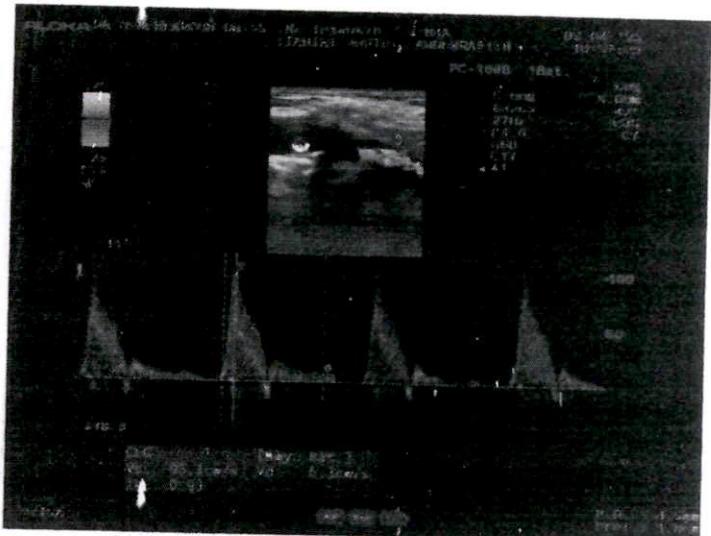
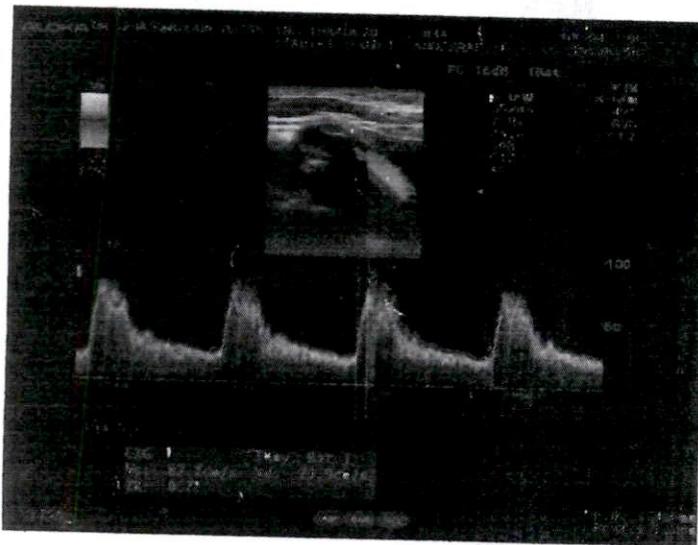
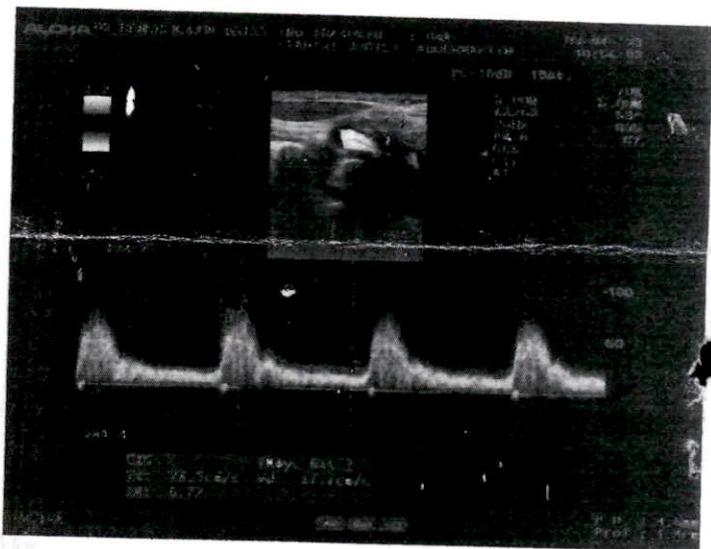
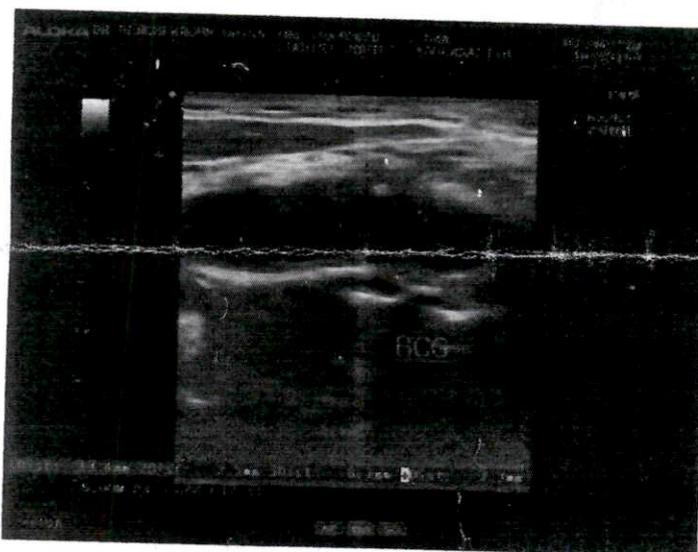
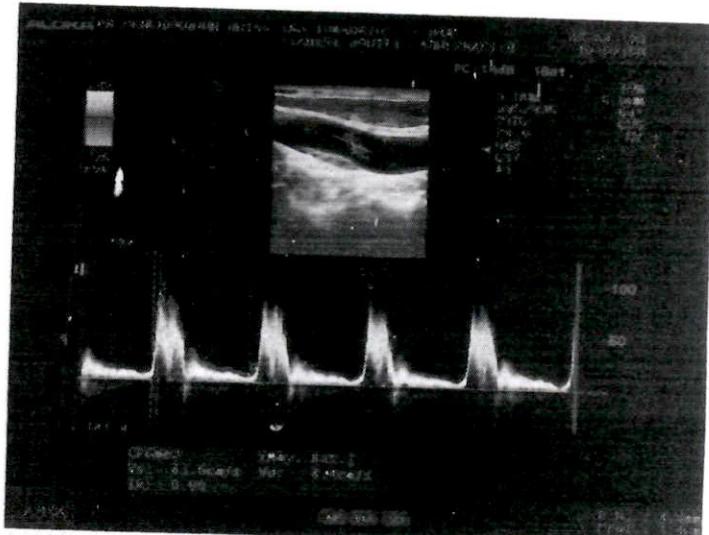
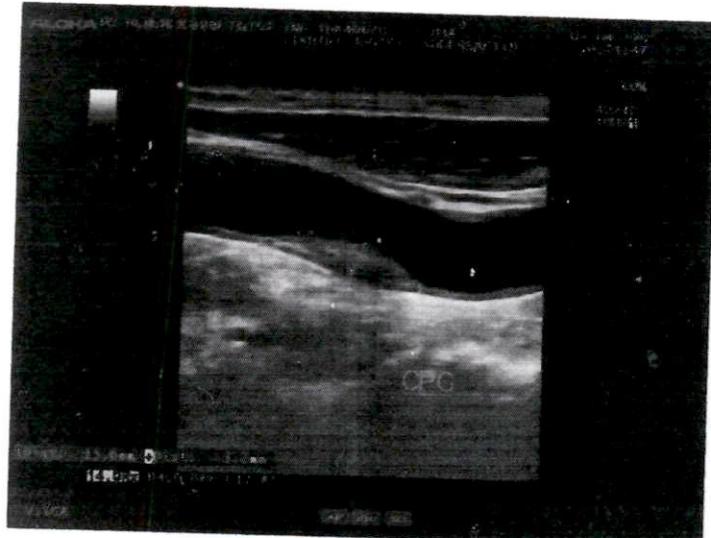
CONCLUSION :

- Surcharge athéromateuse bulbaire bilatérale calcifiée modérée prédominant à gauche non sténosante
- Carotides primitives : Intima média augmentée.

NB : examen comparable /22.4.2022

D. D. BENCHEKROUN DRISS
Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFFIS 1, MAâRIF,
CASABLANCA. TÉL. : 022.25.06.06 / 022.22.23.67
INPE N° : 091021618



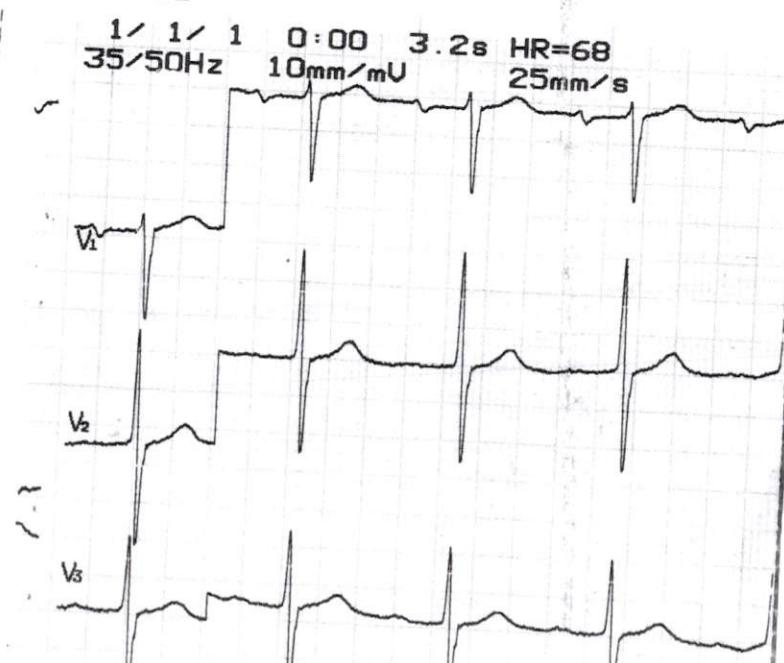


0:00 3.2s HR=66
0mm/mV 25mm/s

1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=67
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



✓ 1 0:00 3.2s HR=68
0Hz 10mm/mV 25mm/s



CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur BENCHEKROUN Driss

Résidence Benomar - Rue Ibn Nafiss - Immeuble "B"
Mâarif - Casablanca - Tél. : 05 22.25.06.06 / 05 22.23.22.67 - Fax : 05 22.23.22.67

ELECTROCARDIOGRAMME

de M

TAHIRI JOUTEI
ABDERRAFIH
03/04/2023



CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr Driss BENCHEKROUN

Diplomé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Casablanca, le 03/04/2023

Mr TAHIRI JOUTEI Abderrafih

NOTE D'HONORAIRE

- | | |
|------------------------------------------------|-------------|
| - Consultation + ECG | 300.00 DH |
| - Echo-doppler des Troncs Supra Aortiques..... | 1.000.00 DH |

TOTAL 1.300.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENT DIRHAMS

Dr. D. BENCHEKROUN

*Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS BENOMAR - RUE IBN NAFFIS - MARRAKCHI
MARRAKCHI - CASABLANCA - Tél : 05.22.23.06.06 / 05.22.22.22.67
INPE N° : 091021618*