

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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

AS919X

Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>3393</u>	Société : <u>R.A.M</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>BENCHEKROUN RACHID</u>			
Date de naissance : <u>11/11/1961</u>			
Adresse :			
Tél. <u>0661142603</u>		Total des frais engagés : <u>9143,20</u> Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : <u>17/04/2023</u>	
Nom et prénom du malade : <u>Dr. Bencheekroun</u> Age : <u>61</u>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <u>HTAI maladic Coronarie</u>	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : _____	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>AVC</u>	
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. <u>03 MAI 2023</u>	

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 :** 19/04/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
17.10.11.23	CS + ECG		300,00	Dr Soutiane A. AMINE CARDIOLOGISTE Avenue Sami 1er El Hedi - Casablanca 223655 55 / Genn: 06 55 --

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
201967	17/04/2023	1843,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. AMINE Soufiane
Spécialiste en cardiologie
Maladies du cœur et des vaisseaux

الدكتور أمين سفيان
الخصائي في أمراض القلب والشرايين



Casablanca 17/04/2023

Mr BENCHEKROUN Rachid

~~3 X 273,00~~

~~819,00~~

EXFORGE 10/160 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

~~3 X 68,90~~

FLUDEX LP 1.5 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

~~206,70~~

CARDIOASPIRINE 100 MG

1 comprimé à midi après manger, pendant 3 mois

~~120,80~~

LDNOR 20

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

~~396,00~~

CARDENSIEL 1.25 MG

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

~~311,20~~

RÉGIME PEU SALÉ

~~1843,70~~

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 11/07/2023 POUR CONSULTATION

Dr. Soufiane AMINE
CARDIOTHORACIQUE
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr. Sijilmassi
Rue Sami 1er Etage Bourgogne
Casablanca
Tel: 0522 36 55 55 / 0522 36 59 36 40 40

PHARMACIE CLINIQUE ANDALOUS
29, Av. Driss Shaoui - Lot Val d'Anfa
Casablanca - Tel: 0522 36 55 55 / 0522 36 59 36 40 40

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99,00DH

68,90
(50 X 20 X 114) mm

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99,00DH

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99,00DH

LOT : 221592
EXP : 12/2025
PPV : 99,00DH

6 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

6 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

68,90
(50 X 20 X 114) mm



ECG

Name:benchekroun rachid

Sex Male Age 62

Clinic No. : Section :

SN :000477 Case No. : Bed No. :

Date:17/04/2023

