

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.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060253

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05488 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BEN BOUHIA Mohamed
 Date de naissance : 20/10/1966
 Adresse : A. H.
 Tél. : 0661618789 Total des frais engagés : 20 + 1369,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: CLINIQUE CARDIOLOGIQUE CASABLANCA - OASIS]
 Date de consultation : 25/05/2023
 Nom et prénom du malade : BEN BOUHIA Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : H.T.A - Diabète - Insuffisance 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 Le : 26/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
25/05/83	S + etc		300,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
----------------------	------	-----------------------

ou du Fournisseur			
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUDI Cooperative Ach-charaf N°DMZ Hay Inara Hassadaoui Casablanca Tél : 05 22 21 64 09	25/05/23		1368,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du	Date	Désignation des	Montant
------------------------	------	-----------------	---------

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature	Date des	Nombre		Montant détaillé

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents	Nature des		
-------	------------	--	--

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-----------------	-------------------	---------------------	-------------

[illegible][illegible]

H					DES TRAVAUX	

[illegible]

MONTANTS	

					MONTANTS DES SOINS	
--	--	--	--	--	-----------------------	--

					
---	---	---	---	---	---

[illegible]

	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									DEBUT D'EXECUTION

				D'EXECUTION	
--	--	--	--	-------------	--

O.D.F	DETERMINATION DU COEFFICIENT	
-------	------------------------------	--

PROTHESES DENTAIRES	MASTICATOIRE	COEFFICIENT	
---------------------	--------------	-------------	--

	H	DES TRAVAUX
25533412	21433552	

D _____ G

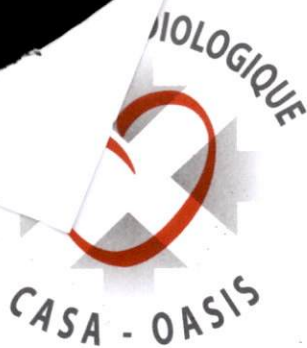
H 1 1 1	00000000 00000000 35533411 11433553	
------------	--	--

		MONTANTS
		DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 278: 1039-1044.



مصلحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

25/05/23

BEN BOUHI A MOHAMED

الدكتور محمد علاوي
Dr. Mohamed ALLAoui

CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie
et

Pathologie Vasculaire
de la Faculté

de
Médecine de PARIS

Ancien Interne

des

Hôpitaux de NANCY

Membre de la Société

Française de Cardiologie

- 27,70
• Cardioaspirine 100 g: 1cplj matin
250,00
• Crestor 20 g: 1cplj soir
269,00
• Coveram 10/5 g: 1cplj matin
65,70
• Biprol 10 g: 1cplj matin
419,00
• Forxiga 10 g: 1cplj matin
46,70
• Zyloric 100 g: 1cplj soir
72,80 x 2 = 145,60
• Adancor 10 g: 1cp x 2j
144,50
• Esac 20 g: 1gellj matin

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V.: 27,70 DH
Bayer S.A.



Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 20mg cp pell b30
P.P.V.: 250,00 DH



269,00

65,70

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V.: 419,00 DH



ADANCOR 10 mg, comprimés sécables - Boîte de 30
Prix: 72,80 Dhs

Pharmacien Responsable:
Amina Daoudi



ADANCOR 10 mg, comprimés sécables - Boîte de 30
Prix: 72,80 Dhs

Pharmacien Responsable:
Amina Daoudi



m de 3 mois

1368,20

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDET
Coopérative Ach-Charaf N° 012
Hay Inara, Madaouia Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25

Dr. ALLAOUI Mohamed
Cardiologue
20 Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 05 22 98 07 06 - Fax: 05 22 98 83 25

20, Zoune France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 الدار البيضاء - الوازيس
05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax: 05 22 98 83 25 - GSM: 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72
cardiologie@hotmail.com - Patente: 34788311 - C.N.S.S: 7379622 - I.F.: 01006967 - I.C.E.: 001750502000084
N° Cpte: 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **BENBOUHIA MOHAMED**

Matricule : **05488**

N° CIN : **BE416441**

Adresse : **Residence ACHARAF Imm D Esc D Appt 01 AIN CHOCK CASABLANCA**

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigné : Spécialité : **CARDIOLOGIE**

N° ICE : N° INPE : **091008331**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **BEN BOUHIA Mohamed**

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

*** inflexion Coronar - H.T.A - Diabète**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : **CardioAsp 100mg - Cresta 80mg - COVERAD 10/15
Biprol 10mg - Forxiga 10mg - Zyloric AD Arco 10mg
ESAC 90mg**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca** le **25/05/2023**

Cachet et signature du médecin traitant

(Signature and stamp of the treating physician)

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

ID:
D-naiss
ans,

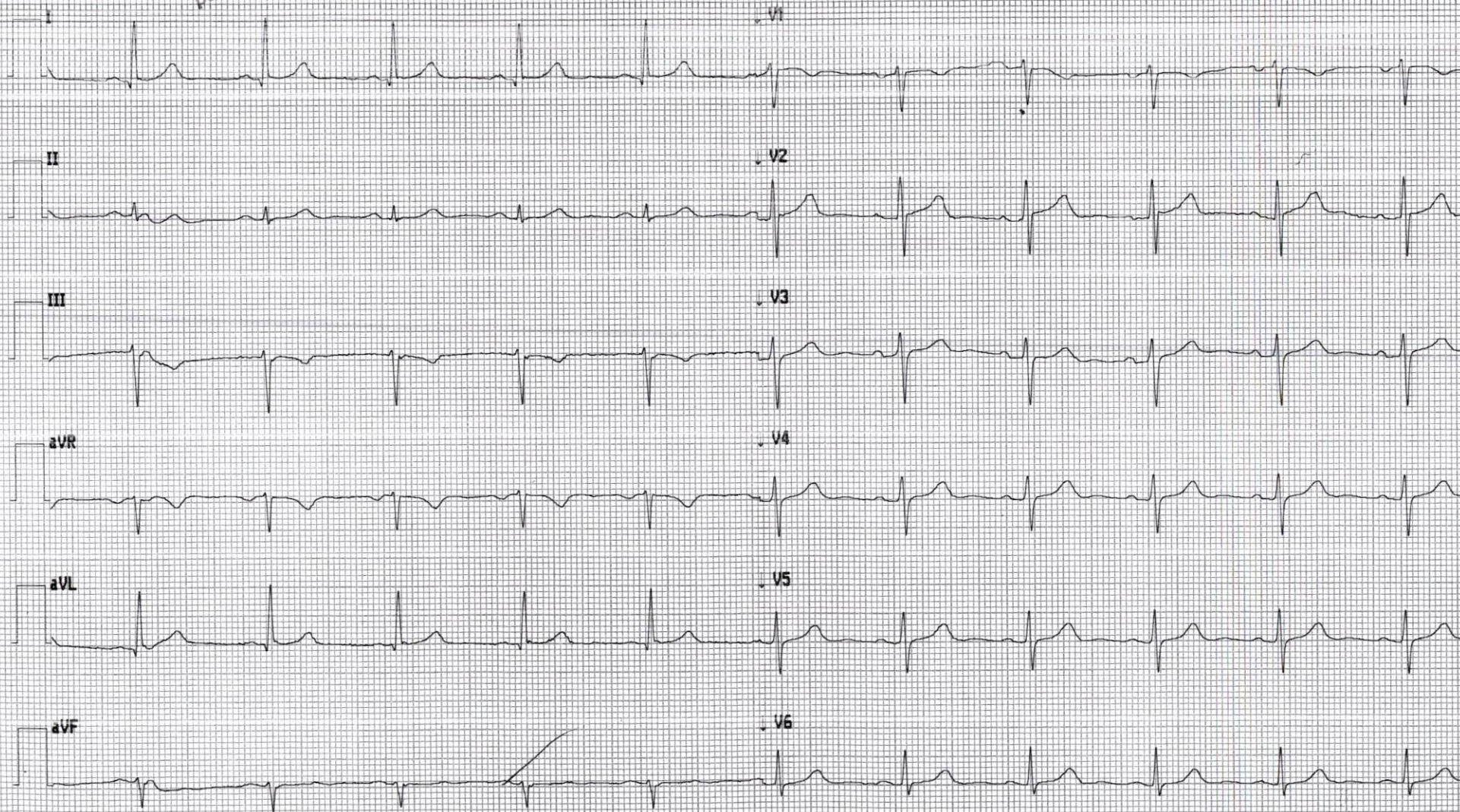
25-Mai-2023 14:35:12

Fréq. Card. 67 BPM
Int PR: 174 ms
Dur. QRS 92 ms
QT/QTc 394/409 ms
Axes P-R-T 35 -24 -1

Ben Brahma

20, Rue de France
Tél: 0522 98 07 06 Fax: 0522 98 07 05
CASA OASIS

15 E/L





مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس
CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis
Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique
Coro-Scanner / 128 barrettes

Casablanca, le 25 Mai 2023

Mr BENBOUHIA Mohamed

FACTURE N° 014149/2023

Date	Désignation	QT	Montant
25/05/2023	Consultation Cardiologique+ECG	1	300,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			0,00
			300,00

Arrêtée la présent facture à la somme de :
Trois Cents dirhams (300,00 dhs)

Dr. BENBOUHIA Mohamed
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / Fax: 05 22 98 83 25

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE
CASA - OASIS
20, Rue de France Ville Oasis - Casa
Tél: 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / Fax: 05 22 98 83 25