

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02275 Société : R A M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAADI EL MUSTAPHA

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : 67 ATTASIANNE Rue 6 N° 61 Rabta

Tél. : 0522 89 47 82 Total des frais engagés : 629,10 Dhs
0649 34 21 52

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BEN HAKROUN Driss
Cardiologue Rythmologue
193, Bd Oum Râbia Oulfa - Casa
Tél: 05 22 90 80 20

Date de consultation : 19/09/2021

Nom et prénom du malade : SAADI EL MUSTAPHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : FA

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 : 19/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : SAADI EL MUSTAPHA

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
19/10/2019	CG	1	CG	Dr. BEN AAKROUNE Cardiologue - Rythmologue 193, Bd Oum Raïf Oufa - Casa Tél: 06 22 90 80 20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE Lodj. Hj. Taza. Rue 644 3 lot. 64 Casablanca - Tel: 0522 93 10 23</i>	19/02/21	620,10

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important:

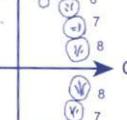
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des travaux Montants
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

(Création, remont, adjonction)

	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
	<p>DES SOINS</p>	
	<p>DATE DU DEVIS</p>	
	<p>DATE DE L'EXECUTION</p>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

Diplômé en rythmologie de l'université de Bordeaux

Ancien médecin des hôpitaux de Bruxelles

Ancien médecin de l'hôpital militaire de Rabat

دكتور بن شقرنون ادريس

متخصص في أمراض القلب والشرايين

متخصص في اضطرابات نبضات القلب

خريج كلية الطب بالرباط و بوردو (فرنسا)

طبيب سابق بمستشفيات بروكسل (بلجيكا)

طبيب سابق بالمستشفى العسكري (بالرباط)

CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Electrocardiogramme

Echographie cardiaque
trans-thoracique

19/02/2021

ORDONNANCE

Echographie cardiaque
trans-oesophagienne

Echographie doppler
vasculaire

Holter rythmique

Holter tensionnel

Epreuve d'effort

Rythmologie diagnostique
et interventionnelle

Implantation de pacemaker

Implantation de
défibrillateur

Electrophysiologie
endocavitaire

Exploration des troubles
du rythme cardiaque
et palpitations

M. SAADI El Mustapha

25.00x6
SINTROM 4 mg : 3/4 comp. par jour , le soir

0.810
COSYREL 5/5 mg: 1/2 comp par jour le soir

100.70
TAMBOCOR 100 mg : 1/2 comp x 2 par jour

30.20
KARDEGIC 75 mg : 1 sachet par jour au *repas de midi*

49.40+3
AMEP 5 mg : 1 comp par jour le matin

(TRAITEMENT DE 03 MOIS / ne pas arrêter sans avis médical)

629.10
Prochain RDV : 03 mois (le/...../.....)

STE PHARMACIE HAMZA
CAS: S'LANCA
Lot. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
193, Bd Oum Rabii 2ème étage - Oulfa - Casablanca
Tel: 05 22 90 80 20 - 07 77 04 78 68

193, bd Oum Rabii - 2ème étage - Oulfa - Casablanca
193 شارع أم الريان - ولفا - البيضاء

(au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec)

Tel: 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp : 07 77 04 78 68

06 61 29 13 24

Email : driss.benchakroune@gmail.com



Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés

PPV :
Exp :
N° Lot : 20100

Sintrom
Acénocoumarol 10 comprimés

PPV :
Exp :
N° Lot : 20100

Sintrom
Acénocoumarol 10 comprimés

PPV :
Exp :
N° Lot : 20100

Sintrom
Acénocoumarol 10 comprimés

PPV :
Exp :
N° Lot : 20100

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés

PPV :
Exp :
N° Lot : 20100

Sintrom® 4 mg
Acénocoumarol 10 comprimés

PPV :
Exp :
N° Lot : 20100

M/CS100

6118001130269

COSYREL 5mg/5mg

30 comprimés pelliculés sécables

PPV : 98,10 DH

Servier Maroc - Casablanca

SPECIFIER LES MISES PRÉSCRITES

AMEP® 5mg

28 comprimés

6 118000 081524

49,40

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables

6 118000 280675

LOT : 20052 PER : 03/2025
PPV : 100,70 DH

Tambocor® 100 mg
30 comprimés sécables

6 118000 280675

AMEP® 5mg
28 comprimés

6 118000 081524

49,40

LOT : 20052 PER : 03/2025
PPV : 100,70 DH

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70

6 118000 061847


DEAL
MOROCCO
Infectious Disease Education and Learning