

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.

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

M22- 0048872

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000356 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TADUZER MOHAMED
Date de naissance : 27-02-1942
Adresse : TAMARIS ANFA 1 Ville 138
DARBOUZZA
Tél. : 0651928149 Total des frais engagés : 3341,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. BENCHAKROUNE Driss
Cardiologue - Rythmologue
198, Bd Oum Rabii Oulfa - Casablanca
Tél. 05 22 92 80 20 - 07 77 01 78
Date de consultation : 10/09/2024
Nom et prénom du malade : TADUZER MOHAMED Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 10/09/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/1/2019	STEC		35900	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/02/24	2991,30

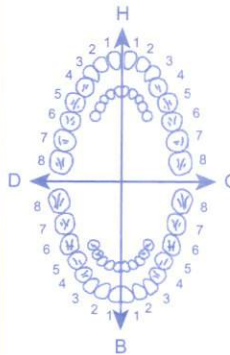
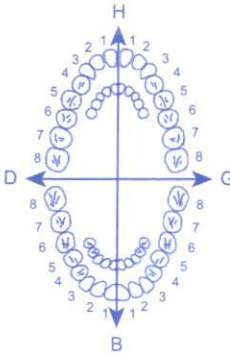
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D _____ G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">25533412 00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">00000000 35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">B</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553				B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80%;" type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000										
	D	G										
	00000000 35533411	00000000 11433553										
		B										
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80%;" type="text"/>										
		DATE DU DEVIS <input style="width: 80%;" type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80%;" type="text"/>										

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 بنشكرون ادريس

متخصص في أمراض القلب و الشرايين
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

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

ORDONNANCE

M. TAOUZER Mohamed

$111,30 \times 4 = 445,2$

IRVECOP 150/10 mg : 1 comp par jour le matin

$748,00 \times 3 = 2244,00$

ELIQUIS 2.5 mg : 1 comp x 2 par jour

$100,70 \times 3 = 302,10$

FLECAINE 100 mg : 1/2 comp x 2 par jour (ou TAMBOCOR 100)

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

- Prochain RDV : 03 mois (le 10/04/2024)

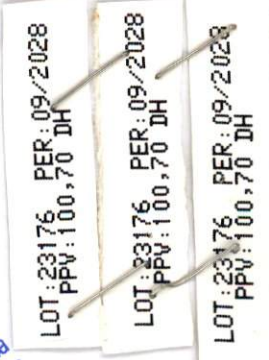
2991,30



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

193, bd Oum Rabii - 2ème étage - Oulfa - Casablanca
193 شارع أم الربيع - ولغا - 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

10/01/2024



Side: 83 1A 15/1/99 15/1/95 14/4/90

Dr BENCHAKROUNE Driss

Nom : TAOUZER MOHAMED Clini:

SN:0007726

Sexe :

Age :

ECG

Servi:

Cas:

Lit:

Date:10/01/2024 15:27:53



00:48

25mm/s 10mm/mV

Fréquence :	1000 Hz	Intervalle PR	122 ms
Temps d'échantillon	60 s	Intervalle QT	384 ms
HR:	84 bpm	Intervalle QTc	455 ms
Intervalle P	106 ms	Axe P	22,89°
Intervalle QRS	90 ms	Axe QRS	40,00°
Intervalle T	190 ms	Axe T	16,88°

Prompt:

Puls. totals76 ,Rythme normal75 ,SVE 0 ,VE 0 .

Signature du médecin :
 Dr. BENCHAKROUNE Driss
 Cardiologue - Rythmologue
 108 Bd Mohammed VI - Casablanca
 03 80 20 - 07 77 04 20 68