

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

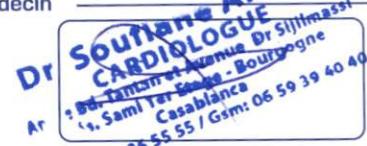
### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3393 Société : R.A.M  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : BENCHEKROUN RACHID  
 Date de naissance : 11/11/61  
 Adresse : 194 203  
 Tél. : 06 61 16 76 03 Total des frais engagés : 7739,10 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/02/24

Nom et prénom du malade : Benchehroun Rachid Age : 62

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Maladie coronnaire / HTA

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : 09 FEV. 2024

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) : 09/02/2024



### 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
08/08/24	C		300.00	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/08/24	1639,20

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/08/24	ECH 2	800.00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

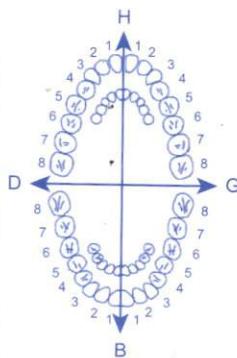
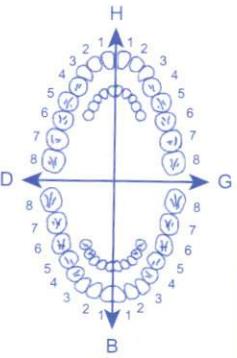
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>
				<b>FIN D'EXECUTION</b>
				<b>Coefficient DES TRAVAUX</b>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	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**

Dr. AMINE Soufiane

Spécialiste en cardiologie

Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان  
الاختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca 08/02/2024

*3 x 873,00 = 819,00*

**EXFORGE 10/160 MG**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

*3 x 68,90 = 206,70*

**FLUDEX LP 1.5 MG**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

*3 x 27,70 = 83,10*

**CARDIOASPIRINE 100 MG**

1 comprimé a midi apres manger, pendant 3 mois

*3 x 99,00 = 297,00*

**LDNOR 20 MG**

1 comprimé le soir, pendant 3 mois

*3 x 77,80 = 233,40*

**CARDENSIÈL 1.25 MG**

1 comprimé le matin, pendant 3 mois

**RÉGIME PEU SALÉ**

**PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 07/05/2024 A 11H POUR CONSULTATION**

*1639,20*

**PHARMACIE CLINIQUE  
ABBAD ET ANDALOUSS  
19, Avenue Driss Sladjout Lot 19/4  
Casablanca - Tél: 0522 39 79 4  
ICE: 00187504100036**

**Dr. Soufiane AMINE  
CARDIOLOGUE  
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sijilmassi  
Rés. Sami 1er Etage, Bourgogne  
Casablanca - Tél: 0522 36 55 55 - GSM: 06 59 39 40 40**

LOT : 231513  
EXP : 10/2026  
PPV : 99,00DH

LOT : 231513  
EXP : 10/2026  
PPV : 99,00DH

LOT : 231513  
EXP : 10/2026  
PPV : 99,00DH

Levad Dr Mohamed sijilmassi (ex B ddu phare) et bd tantan, Residence SAMI 1<sup>er</sup> étage, bourgogne -Casablanca

Tel : 0522365555/urgences : 0659394040

زاوية شارع طقططان وشارع الدكتور السجلامي شارع المنار سابقاً إقامة سامي بوركون الدار البيضاء



**Mr BENCHEKROUN Rachid**

**Note d'honoraire : 2024/078**

Date: 08/02/2024

Actes	Montant
Consultation+ECG	300,00
Echographie cardiaque	800,00
<b>Total :</b>	<b>1 100,00</b>

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **MILLE CENT DIRHAMS**

Dr Soufiane AMINE  
CARDIOLOGUE  
Av. de Bd. Tantant Avenue Dr Sijilmassi  
N° 1er étage, Bourgogne  
Casablanca  
22 36 55 55 / GSM: 06 59 39 40 40

**Dr. AMINE Soufiane**

Spécialiste en cardiologie

Maladies du cœur et des vaisseaux



الدكتور أمين سفيان  
الخبير في أمراض القلب والشرايين

Casablanca, le 08/02/2024

## Echodoppler cardiaque couleur

**Mr BENCHERKOUN Rachid**

### Examen

Cavités cardiaques de taille normale libres de thrombus et de contraste spontané

Cinétique segmentaire et globale homogène

Bonne Fonction systolique du VD et du Vg FeVG=63% au Tz

Valve mitrale fine, d'ouverture correcte

Pressions de remplissage normales

Valve aortique tricuspe; IAo=0

VCI fine, compliant

Péricarde sec

### Conclusion

Echographie doppler cardiaque dans les bonnes limites de la normale  
FeVG=63% au Tz

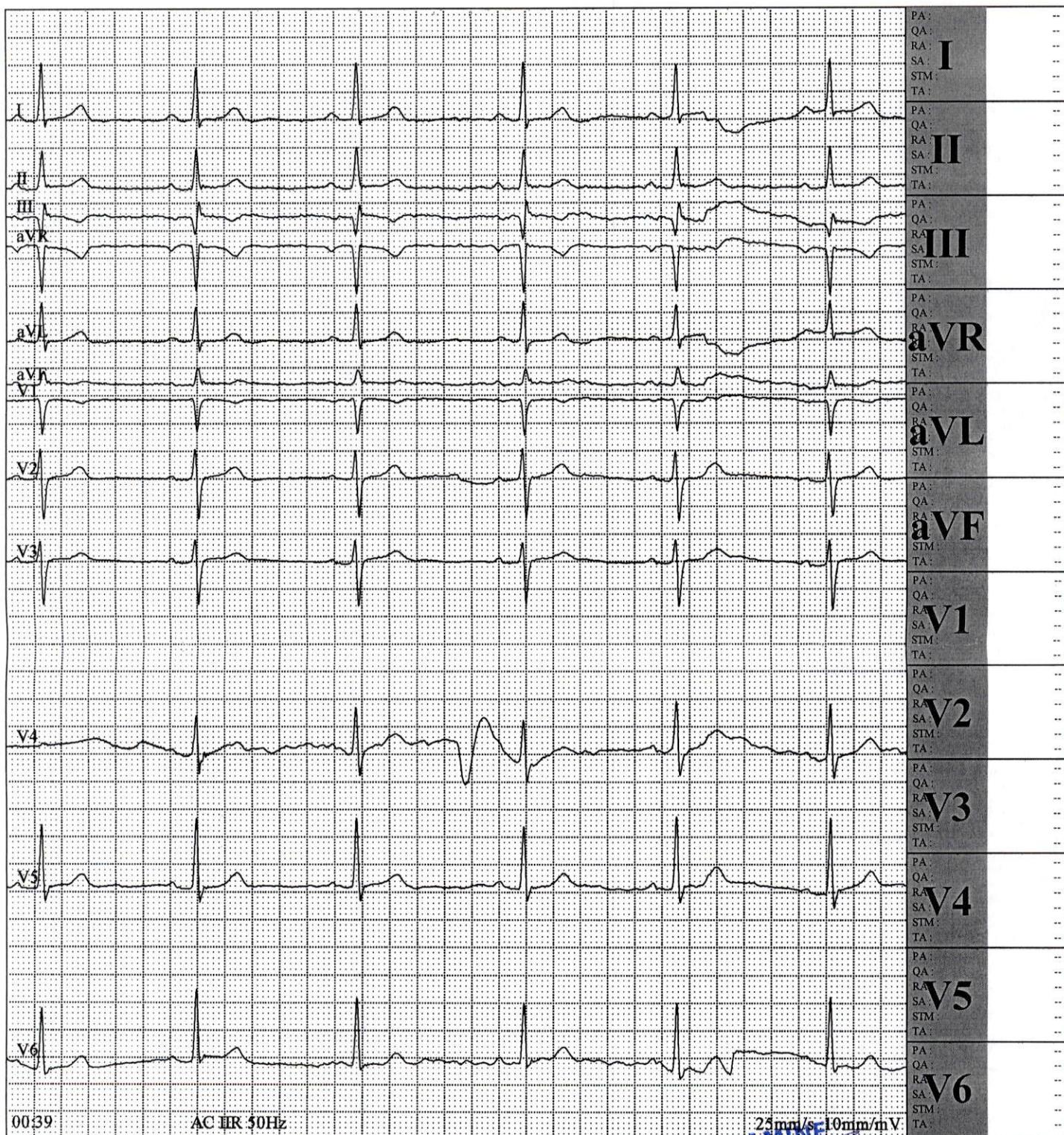


Name: benchekroun rachid

Sex:      Age:      Clinic No.:      Section:

SN: 0007109      Case No.:      Bed No.:      Date: 08/02/2024

ECG



Frequency: 1000Hz

PR Interval: --

Sample Time: 51s

QT Interval: --

HR: --

QTc Interval: --

P Interval: --

P Axis: --

QRS Interval: --

QRS Axis: --

T Interval: --

T Axis: --

Dr. Soutiane AMINE  
CARDIOLOGUE  
Angle Bd. Tantan et Avenue Dr Sidi-massi  
Rés. Semi-Ter Etage, Béridgogne  
Casablanca  
Tél: 0522 36 52 85 / Gsm: 06 59 39 40 40

Physician Signature: