

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.

M23-006459

154751

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1886

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RAHLOURI

Khadifa

Date de naissance :

14/07/55

Adresse :

4 Rue Mohamed El HAYANI

Téléphone :

0662014898

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENCHAKROUEN Driss
Cardiologue - Rythmologue
193 Bd. M. Rabii Oulja - Casablanca
Tél. : 05 20 20 - 07 77 04 78 68

Date de consultation :

31/01/2023

Age :

Nom et prénom du malade :

RAHLOURI KHADIFA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

C

Affection longue durée ou chronique :

ALD ALC

Pathologie :

H

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 :

CRSAD

Le : 24/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

C

Autorisation CNDP N°: AA-215 / 2019

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
31/01/2023	2229		600	Dr. BENCHAKROUNE DRISS Cardiologue - Mythomologue 01 49 00 20 - 07 77 04 78 68

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Dr. B. Bataille</i>	<i>31/1/23</i>	<i>66,90.</i>
	<i>31/1/23</i>	<i>339,60</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

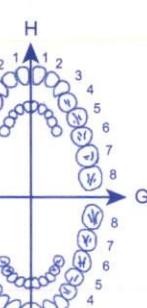
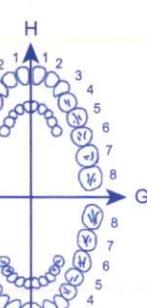
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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																	
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	B		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
B																		
35533411	11433553																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

TecRAM® 2,5 mg

Ramipril

ا

bott U.A
82, Allée des Guillemins, Ayr Sabla - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Voie orale



20 comprimés effervescents

PPV 40DH90 EXP 12/2024
LOT 18065 77

ZINASKIN® 45 mg

زيناسكين®

(سولفاط الزنك)

45 ملغ



20 قرصا فائرا

Laprophan
لابروفان

PPV : 26DH90
EXP : 08/2024
LEB : 08/2024

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 شقرن 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 (الرباط)

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

Le 31/01/23

bx 56,60 Dr. BENCHAKROUNE
Siunox 140 mg : 140 par jour 10/01/23



339,60 (Traitement de 06 mois)



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

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



ستيلنوكس[®]
10 ملجم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر
أرتارات زوليبيدم

عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يعرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

O

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



9

LOT : 22E004
PER : 05 2026

Titulaire d'AMM au Maroc :

Sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Boulevard Alkimia N°6,
Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.

ستيلنوكس[®]
10 ملجم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر
أرتارات زوليبيدم

عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يعرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

O

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



118000 061465

9

LOT : 22E004
PER : 05 2026

Titulaire d'AMM au Maroc :

Sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Boulevard Alkimia N°6,
Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.

ستيلنوكس[®]
10 ملجم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر
أرتارات زوليبيدم

عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يعرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

O

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



118000 061465

9

LOT : 22E004
PER : 05 2026

Titulaire d'AMM au Maroc :

Sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Boulevard Alkimia N°6,
Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.

ستيلنوكس[®]
10 ملجم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر
أرتارات زوليبيدم

عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يعرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

O

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



118000 061465

9

LOT : 22E004
PER : 05 2026

Titulaire d'AMM au Maroc :

Sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Boulevard Alkimia N°6,
Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.

ستيلنوكس[®]
10 ملجم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر
أرتارات زوليبيدم

عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يعرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

O

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



9

LOT : 22E004
PER : 05 2026

Titulaire d'AMM au Maroc :

Sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Boulevard Alkimia N°6,
Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.

ستيلنوكس[®]
10 ملجم

20 قرصا مغلفا قابلا للكسر
أرتارات زوليبيدم

عن طريق الفم

Stilnox 10mg

احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)
يعرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A (لائحة I)

O

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



118000 061465

9

LOT : 22E004
PER : 05 2026

Titulaire d'AMM au Maroc :

Sanofi-aventis Maroc, Route de Rabat R.P.1,
Aïn Sebaâ, Casablanca.

Lahcen BOUCHAOUIR, Pharmacien Responsable.

Nom et adresse du fabricant :

Maphar, Boulevard Alkimia N°6,
Ql-Sidi Bernoussi, Casablanca.