

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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 :	9410	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BENCHETIKH WAHIB AGUISS	
Date de naissance :		26.08.1977	
Adresse :		Residence IBNAR KALB DAU SOUD	
Téléphone :		0661-18-M-27	
		Total des frais engagés :	886,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :	Mme Béchirah Belkhech		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Prise de tête		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD (AL) 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 : Local 605 Le : 06.06.2023  
Signature de l'adhérent(e) : 



## 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
07/06/2015	C		3000 Dh	Etage N° 1 Télé : 0522 99 55 60 Dr. HACHICHE KROUN Résidence Ziad Mainif - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Madame BARTAL FATIMA Pharmacie Acharaf Rue Socrate - Maârif Casablanca - Tél : 0522 25 22 09	05/06/2023	586,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

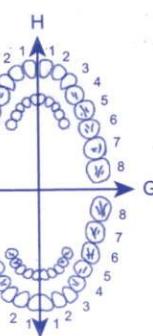
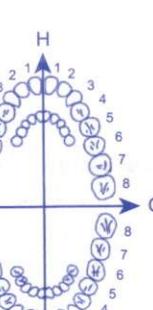
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

#### **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 de l'ODR.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Dr Zhor BENCHEKROUN

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques



Diabète - Thyroïde - Cholestérol  
Obésité - Infertilité - Troubles Hormonaux  
Troubles de Croissance et de Puberté  
Pied Diabétique - Echographie Cervicale

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat CHU AVICENNE  
Diplôme de Pied Diabétique Université de Paris Descartes  
Diplôme de Nutrition de l'obésité Université de Montpellier  
Diplôme d'Echographie Université de Paris Descartes  
Ancienne Résidente à l'Hôpital Militaire de Rabat

## الدكتورة زهور بنشررون

إختصاصية في داء السكري

أمراض القدم - التغذية وأمراض الأيض

علاج داء السكري - الغدة الدرقية - الكوليستيروл

السمنة - العقم - الاضطرابات الهرمونية

اضطرابات وتأخر النمو والبلوغ

أمراض القدم السكري - الشخص بالصدى

خريجة كلية الطب بالرباط، مستشفى ابن سينا

دبلوم القدم السكري بكلية الطب بباريس ديكارت

دبلوم التغذية والسمنة بكلية الطب بمونبولي

دبلوم الشخص بالصدى بكلية الطب بباريس ديكارت

مقيدة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط

Casablanca, le : 05/06/2023 الدار البيضاء، في :

H-e Bee deikhha Cecelieb

419,00

e) Fonxige 10

167,00

0 - 1 - Q Cap uue apos

i) Creston 10  
cuplessei

586,00

Madame, BARTAL FATIMA  
Pharmacie Acharaf  
Rue Socrate - Maârif  
Casablanca - Tél : 0522 522 09  
..... 0522 25 22 09

Dr. Zhor BENCHEKROUN  
60, Bd Bir Anzarane Résidence Ziad  
1er Etage N° 1 Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 99 55 60

Dr. Zhor BENCHEKROUN  
60, Bd Bir Anzarane Résidence Ziad  
1er Etage N° 1 Maârif - Casablanca  
Tél : 05 22 99 55 60

60. شارع بئر انزاران - إقامة زياد - الطابق الأول رقم 1 - المعريف - الدار البيضاء

60, Boulevard Bir Anzarane, Résidence. Ziad 1er étage N° 1 - Maârif - Casablanca

☎ 05 22 99 55 60 - ☎ 06 62 56 57 16 - ✉ dr.zhorbenchekroun@gmail.com



**10 mg**

**Liste1-Uniquement sur ordonnance**



**CRESTOR + GROSSESSE =  
INTERDIT**

Lot 34251  
 Exp 06/2025  
 Fab: 07/2022

AstraZeneca

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
احترم الجرعة الموصوفة

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.  
Lire attentivement la notice avant utilisation.  
A conserver à une température ne dépassant pas + 30°C.  
A conserver dans l'emballage extérieur d'origine.

يجب حفظ الدواء في مكان لا يصل إليه الأطفال ومحظوظ عن أنظارهم.  
ابغوا النشرة الإعلامية قبل الاستعمال.  
احفظ الدواء في مكان لا تتجاوزه فيه الحرارة  
30 درجة مئوية فوق الصفر  
حفظ الدواء في غلافه الأصلي.

AstraZeneca

©AstraZeneca 2009-0218  
Marques déposées/Propriété de AstraZeneca  
Sous licence AstraZeneca  
Putter Road 162A, Cumbernauld, F.R.U.K.  
GCR 188 Line 17 Stan Sirdar Industrial Park,  
GB Box 162A, Cumbernauld, F.R.U.K.  
USA  
©AstraZeneca 2009-0218

N° A.M.M Maroc : 299/15 DMP/21/NCI  
Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché : A.M.M Tunisie : 933064  
Conditions d'utilisation : 33/30064  
AARABA REMS PHARMACEUTICAL SERVICES  
31 PLACE DES CORROLES  
92400 COURBEVOIE  
TOUR CARPE DEM  
ASPIRINEXCA  
sur le marché : 33/30064  
Titulaire de l'autorisation de mise  
Chemins de fer de l'Est  
Parc industriel de Pompelli,  
N°ems. 5100 France  
Tél. 03 44 51 11 00  
France

AstraZeneca

Voice oral

**30 comprimés  
pelliculés**

10 mg

**CHESTOR®**

**CHESTOR®**

LOT  
EXP

SH047  
11 2025



Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché/ صاحب رخصة التسجيل  
AstraZeneca AB  
SE-151 85  
Södertälje  
Suède

**Fabricant/ الصانع**

AstraZeneca Pharmaceuticals LP  
4601 Highway 62 East  
Mount Vernon  
Indiana 47620  
Etats Unis d'Amérique

Maphar  
Bd Akimia N° 6, QL.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Forxiga 10 mg cp pell b28  
P.P.V : 419,00 DH  
  
6 118001 185023

**Conditionneur et Libérateur/ المعبن والمحرر**

AstraZeneca UK Ltd  
Silk Road Business Park  
Macclesfield  
Cheshire  
SK10 2NA  
Grande Bretagne

Liste1-Uniquement sur ordonnance  
قائمة 1 - لا يسلم هذا الدواء إلا بموجب وصفة

Respecter les doses prescrites  
احترم الجرعات الموصوفة



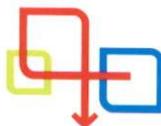
FORXIGA + GROSSESSE =  
INTERDIT

Ne pas utiliser chez la femme enceinte,  
l'adolescente ou la femme en âge de procréer, et  
sans contraception efficace

N° AMM Maroc : رقم رخصة التسجيل في المغرب/  
N° AMM Tunisie : رقم رخصة التسجيل في تونس/



Forxiga is a registered trademark of the AstraZeneca group of companies.



**forxiga®**

Dapagliflozine

28 comprimés pelliculés

Voie orale

10 mg

Comprimé  
pelliculé

AstraZeneca 