

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



Déclaration de Maladie : N° P19-0015878

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : FACSU 9731 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FASSIL NADIA Date de naissance : 11/01/94

Adresse : 1106 Avenue

Tél. : 05 22 91 21 20 Total des frais engagés : 1101,94 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

26 AVR. 2023

Date de consultation : 26/04/2023

Nom et prénom du malade : FASSIL Nadia Age : 1964

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA - Hypertension

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 : Casa Le : 26/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

# 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 Règlement des Actes
16 AVR 2023	Cat. 200	300,00		Dr BENCHERIF RES BEN OMAR - 25100 NAFISS - 183 MAISON - CAGLIARANO - 1225 DE 0510002222 062111091821010

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Marzouq Jéhannoussa Laboratoire de la faculté de pharmacie France 061960714	26/4/2023	801,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

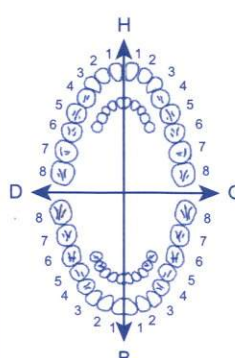
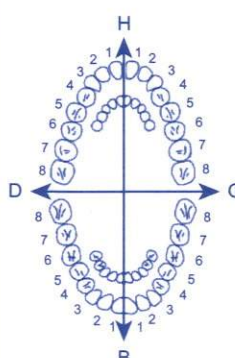
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Docteur: **BENCHEKROUN DRISS**

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE

**CARDIOLOGUE**

DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES  
DE CARDIOLOGIE

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

**SUR RENDEZ-VOUS**



الدكتور بن شقرون ادريس

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

بالميعاد

Casablanca, le 26 AVR. 2023

الدار البيضاء في

Dr FASSIL NAEWA

Regime amaigrissant, femme en grossesse

20x3  
600

Micardis plus  
194

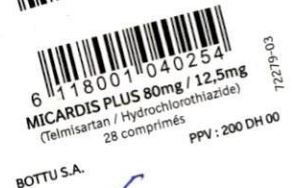


20 Apr 84  
Johel 80100  
84

Da flm 1000  
194



trait de 3 semaines



Pharmacie Marzouq Iahraouine casa  
Fouad Meguader docteur en pharmacie  
aurest de la faculté de pharmacie  
toulon france ☎ : 061650711

Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
155 BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MAAIRIF - CASABLANCA  
Tél. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25  
Email : bencheckroundriss@hotmail.com

رأس بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء  
RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MAAIRIF - CASABLANCA  
TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25  
Email : bencheckroundriss@hotmail.com

# daflon<sup>®</sup> 1000mg

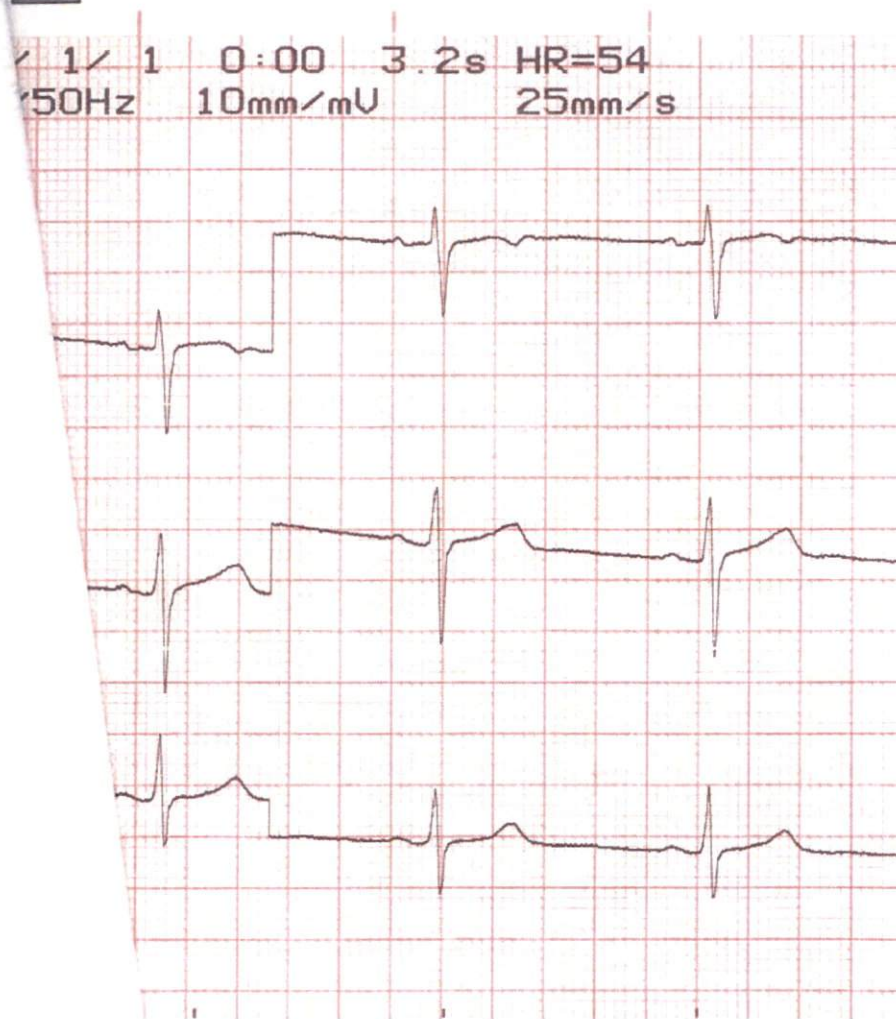
Fraction flavonoïque purifiée micronisée

LOT 2253076  
EXP 12/2024  
IPV 2010H00

201000

145/90  
TA = mmHg

ECG : RRS =



145/90  
TA = mmHg

ECG : RRS =

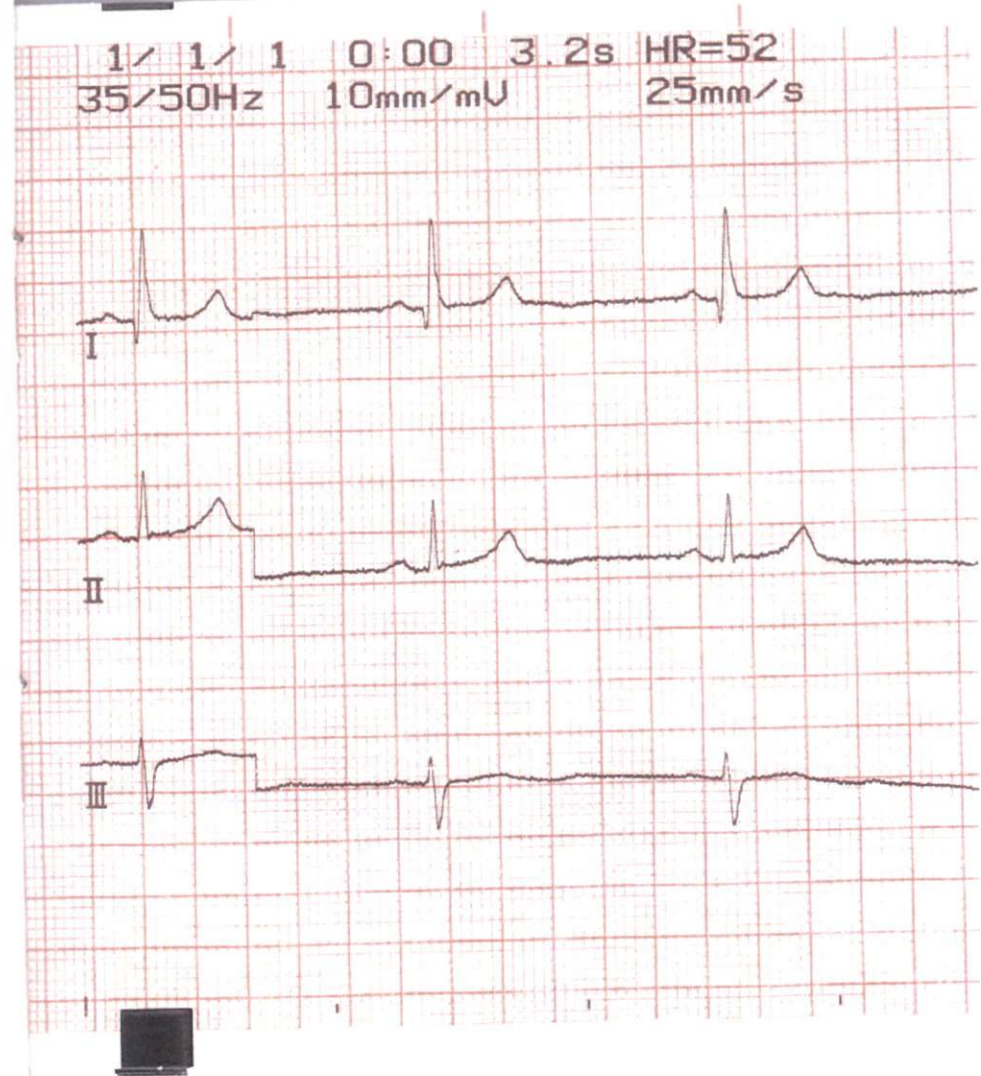
1/1/1 0:00 3.2s HR=53  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



145/90  
TA = mmHg

ECG : RRS = 52mm PR = 0,16 /Sec aQRS = 0  
QT = 0,38 /Sec

Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
RES. BEN OMAR  
N° 1001021310  
N° 1001021310



# **CABINET DE CARDIOLOGIE**

**Docteur BENCHEKROUN Driss**

Résidence Benomar - Rue Ibn Nafiss - Immeuble "B"

Mâarif - Casablanca - Tél. : 05 22.25.06.06 / 05 22.23.22.67 - Fax : 05 22.23.22.67

## **ELECTROCARDIOGRAMME**

de M

**FASSIL**

**Naima**

**26/04/2023**