

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

- Reclamation : 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

N° M21- 0037790

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Ben chekroun Farida
Date de naissance : 17/05/1952
Adresse : 3 Rue / Rt Abdou casa
Tél. : 0707456876 Total des frais engagés : 1645,75 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BEN OUMAR - RUE BEN NAFISS - IMM. 03
WANAIF - CASABLANCA - Tél. : 05 22 25 06 06 / 05 22 23 22 67
INPE N° : 091021618
Date de consultation : 12 OCT. 2023
Nom et prénom du malade : Benchechroun Farida Age : 1952
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA
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 : 19 OCT. 2023
Signature de l'adhérent(e) : Farida

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
12 OCT. 2023	Geste		350,00	Dr BENCHEKROLA Cardiologue R.S. BELLOUZA - RUE BENI MANSOUR - 08000 SAURMOKA - TEL : 05 22 22 88 66 / 05 22 22 22 88 BEN N : 0910216198

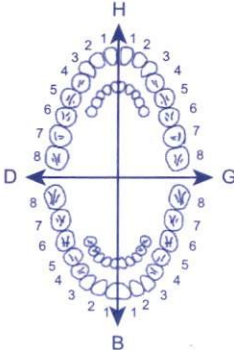
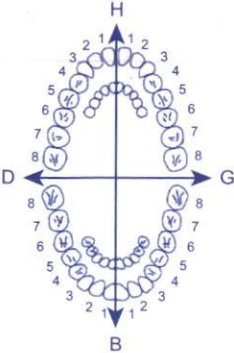
[illegible][illegible][illegible]

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								
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> </div>			25533412		21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canaux, 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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>				
	(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

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	DR BENCHEROUN DRISS Cardiologue HABITAT - CASABLANCA - TEL : 0522 22 78 14 INPE N° : 091021018
Certifie que Mlle, Mme, M. :	BENABDELLAH Faud
Présente	HDA
Nécessitant un traitement d'une durée de :	longue durée
Dont ci-joint ordonnance :	Ceforge (5kg) 1/1 - Nebulet (5) 1/1 - Fludax 1,3
(à défaut noter le traitement prescrit)	19/1

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir.Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

DR BENCHEROUN DRISS
Cardiologue
HABITAT - CASABLANCA - TEL : 0522 22 78 14
INPE N° : 091021018



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

BENCHEKROUN DRISS

E MEDECINE DE TOULOUSE

CARDIOLOGUE

D'ETUDES SPECIALES
DE CARDIOLOGIE

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

SUR RENDEZ-VOUS



ريس

وز

راض القلب

بن

اد

68,90



611800103056 9

EXFORGE

5mg/160mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

Casablanca, le 12 OCT. 2023

الدار البيضاء في

PHARMACIE OLIVIER
Narjisse BENNANI
55A Rue Othman Binou Affan Casablanca
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 58

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg

28 comprimés O

PPV 87DH50

PPV : 103,60 DH

LOT : 652126

PER : 03/25

CHEKROUN
Cardiologue
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 58
Dr: 091021618

PPV : 103,60 DH
LOT : 652126
PER : 03/25

ADULTE

- Cx forge (5/160) 14

(224,00 x3)

- Nebilet (5) 14

(87,80 x3)

- Fludex (1,5) 14

(82,90 x3)

briut de 3mn a 2

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BEN OMAR
MARR - CASABLANCA
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 58

ALGANTIL® 200 20 dragées

PPV 19DH70

EXP 02/2026

LOT 32002 2

Amoxil (1g) 14

312

Bronchathel 1 cas x 31

14

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء

OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA

06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25

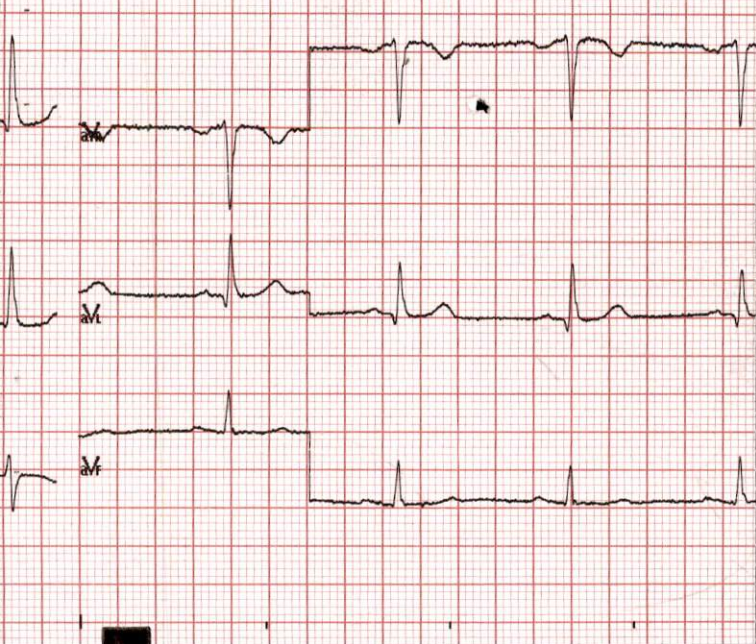
Email : benchekroutdriss@hotmail.com

87
14

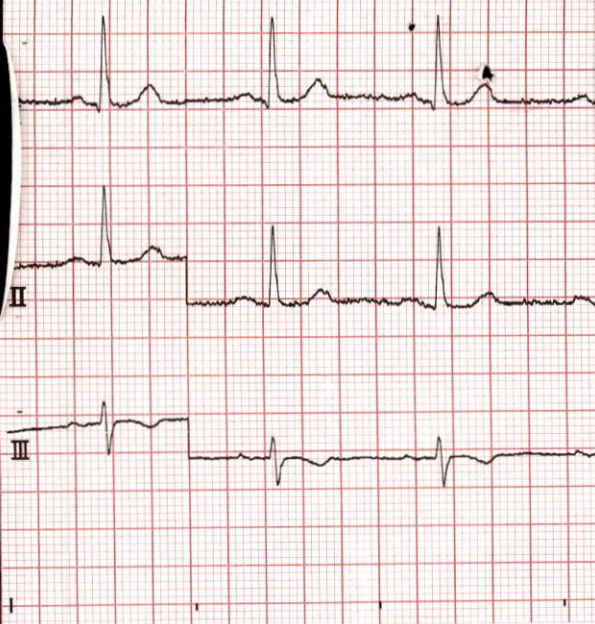
1 / 1 / 1 0:00 3.2s HR=68
5/50Hz 10mm/mV 25mm/s

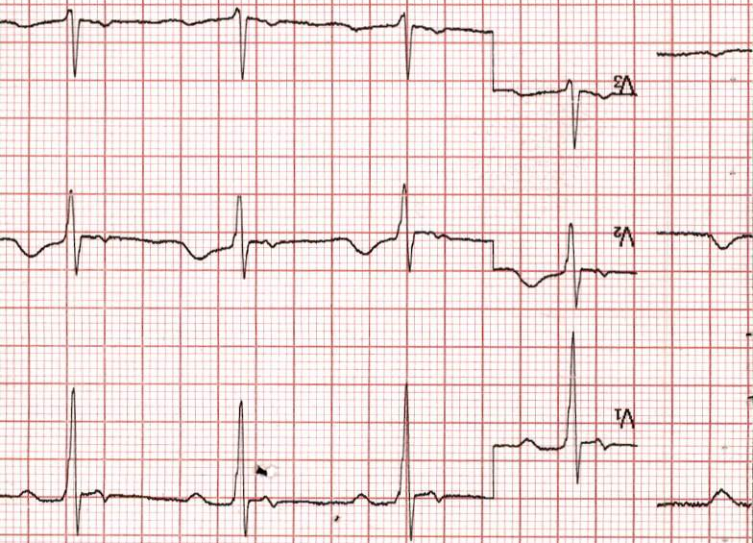


1 / 1 / 1 0:00 3.2s HR=65
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=101
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s





1 / 1 / 1 0:00 3.2s HR=66
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s

110/70
TA = mmHg

ECG : RRS = 68 /mm

PR = 0,20 /Sec

aQRS = +30

QT = 0,36 /Sec

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue

RÉS BEN OUMAR - RUE 101 N°255 - ANN 13,
MARRAKECH - CASABLANCA - Tél : 05 22 24 06 06 / 05 22 23 22 57
INPE N° : 091021618

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^r *BENCHEKROUN*

Fanda

12 OCT 2023