

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.

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° P19- 046880

NO: 28366

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Benchekroun Farida
 Date de naissance : 12/05/1952
 Adresse : 3 Rue Ad. Abdoucarra Maroc
 0663272533
 Tél. : 0663272533 Total des frais engagés : 2546,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/04/2020
 Nom et prénom du malade : BENCHEKROUN Farida Age: 68
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 149A
 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 : 07/06/2020
 Signature de l'adhérent(e) : Farida

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046880

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 03721
 Nom de l'adhérent(e) : Adherent
 Total des frais engagés : 2546,50
 Date de dépôt :

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
2024-2020	C3+146	300		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE OLIVERI Nafise BENNANI 55A, Rue Othman Bnou Affan Casablanca Tél: 33 27 36 57 / 0522 27 36 62	2-10/4/20	1901,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire Médicales LABONEDIC 402, Rue Mustapha El Moudjahid Tél: 05 22 27 66 24 / 27 66 73	20 AVR. 2020	B 200, P 111	347,00 DIT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD

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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																						
	25533412		21433552																						
	00000000		00000000																						
	D		G																						
	00000000		00000000																						
	35533411		11433553																						
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés ○
PPV 162DH60

Casablanca, le 20 Avril 2020

MME Farida BENCHEKROUN

1 - KARDEGIC 75 mg :
1 SACHET PAR JOUR

2 - NEBILET :
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

3 - VASTAREL 35 mg : 1 CP MATIN ET SOIR SANS ARRET
SANS ARRET

4 - EXFORGEHCT 5 mg/160 mg/12.5 mg:
1 PAR JOUR SANS ARRET

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdou - C.
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89



LOT : 19E004
PER: 04 2021
KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70
6 118000 061847

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdou - C.
Tél: 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

HARMACIE OLIVERI
Narjisse BENNANI
54, Rue Othman Bnou Affan Casablanca
Tél: 0522 27 35 57 / 0522 27 36 62

EMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :
05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54
OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

150,40

150,40

**CABINET DE CONSULTATIONS
ET D'EXPLORATIONS
CARDIO-VASCULAIRES**

الدكتور المخولف علي
Docteur EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé

Casablanca, le 20/04/2020 البيضاء في

Nom et Prénom :

W. BENCHERBOUN
FARI'DA

Examen du sang

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Taux de Prothrombine + INR |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A. |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT - γ .G.T. | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input checked="" type="checkbox"/> Troponine |
| <input type="checkbox"/> VS, NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> C.R.P |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D | <input type="checkbox"/> D-Dimers |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | |

Examen des urines

- ☐ Recherche de l'Albumine
- ☐ Microalbuminurie de 24 heures
- ☐ Cyto. Bac. des urines
- ☐ Ionogramme Urinaire

Dr. EL HAROUCI Mohamed Saïd
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Makhoul
Tél : 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - 05 22 27 66 73

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé de Radiologie
5, Rue Med. Abdou - Casa
Tél : 05 22 29 81 55 - 05 22 47 26 89

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 022-27.66.73/24 Fax : 022-26-50-87

I.C.E : 001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW007780000000180200001638

Facture N:

20 / 2512

INPE : 093000180

IF : 41802740

Date : 20/04/2020

Suite aux Analyses Effectuées Le 20/04/2020
Sous La Prescription Du Docteur EL MAKHLOUF

Pour BENCHEKROUN FARIDA

Ayant La Référence : KP971

Organisme :



KP971

Bilan :

~TROP

Cotation : B 250 + Prelevement

Montant Net : 345 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENT QUARANTE CINQ DHS

Dr. EL HAROUCHE Mohamed
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani
Tel : 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca

مختبر التحليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد

إختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 20/04/2020 à 15:31:52

Edition du : 20/04/2020



5DE2685

Madame BENCHEKROUN FARIDA

Dossier n° : KP971

Dr. EL MAKHLOUF

Page : 1/1

BIOCHIMIE

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
Troponine Ic	<0.1	ng/ml (< = à 0.1)	

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Sa
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni
Tél: 05 22 27 66 74 / 27 66 73 - Casablanca

☒ **valable 3 mois**

Le 20/04/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

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 Afal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 87

Welch Allyn CardioPerfect

Nom: BENCHEKROUNE FARIDA
Numéro: BENCHEKROUNE FARIDA
M ou Mme: Féminin
né le: Age: (-)

Enregistré: 20/04/2020 16:05:36
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

P / PQ 137 ms 170 ms
QRS dur: 103 ms
QT / QTc / QTd 398 m / 405 m / -
P/QRS/T axis: 42° / 19° / 17°
Rythme cardiaque: 64 bpm

130/80
P-66K

