

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.

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



Declaration de Maladie

N° W19-600420

71795CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7047 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : BENAGHAIL MOHAMMED

Nom & Prénom : BENAGHAIL MOHAMMED

Date de naissance : 23.05.1963

Adresse : LOT EL HAS FATEH NR 13 RUE OS EL OULFA CASAB

Tél. : 0662766238 Total des frais engagés : 1440,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : BENAGHAIL MOHAMMED 1963

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

Nature de la maladie : Dablu periodique à élébr

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas de 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 : CASAB Le : 28/04/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] R ACCUEIL I. BOUZAHAN

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-600420

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 : 7047

Nom de l'adhérent(e) : BENAGHAIL

Total des frais engagés : 1440,60

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 Devis
18 AVR. 2021	Catégorie		309,05	INP N°: 001021618 BENACHOUA R5 CASABLANCA Tél: 0522 93 16 28 INP N°: 001021618
18 AVR. 2021	Ghedeffer		1000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
STEPHARMACIE ANCA Labo. N°1 talen Rue 6 N°3 Lot 04 Casablanca - Tél: 0522 93 16 28	28/04/21	140,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, ainsi que le bilan de l'ODF														
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				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"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[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										

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 28 AVR. 2021 في الدار البيضاء

091220 0922

PPV 23DH60

23,60

091320 1122

PPV 23DH60

23,60

Dr BENCHEKROUN

Moheemed

23,60 x 2

Cardioflex (100)

1cp



46,70 x 2

Corvasal (2)

1cp mat unde in



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

140,60

STE PHARMACIE HAMZA
CA: LANCIA
Lots. Haj fateh Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RUE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B»
MÂARIF - CASABLANCA - Tél: 0522 25 06 06 / 0522 23 22 67
INPE N°: 091021613

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Corvasal 2 mg, cp b 30
P.P.V: 46,70 DH
6 118001 080335

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

RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - 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: benchekeoundriss@hotmail.com



CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr Driss BENCHEKROUN

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Casablanca, le 28/04/2021

MR. BENAGHMIR Mohammed

NOTE D'HONORAIRE

- | | |
|--|-------------|
| - Consultation + ECG | 300.00 DH |
| - Echo-doppler des Troncs Supra Aortique | 1.000.00 DH |

TOTAL 1.300.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENT DIRHAMS

Dr. D. BENCHEKROUN

Docteur BENCHEKROUN Driss
CARDIOLOGIE
Résidence BENOMAR
Rue Ibn Nafiss Maârif
Casablanca
Tél : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67

DOCTEUR Driss BENCHEKROUN

Cardiologue

Résidence BENOMAR

Rue Ibn Nafiss, Immeuble B

Maârif – Casablanca

Tél. : 05. 22 25. 06. 06 / 05. 22 23. 22. 67

Casablanca, le 28/04/2021

Mr. BENAGHMIR Mohamed

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

- TA : $\frac{145}{100}$ mmHg - F.C : 75 / bpm. - S.C = 1.79 m²

MESURES :

- Aorte :	- Diamètre =	33	N < 36 mm	PHT	=	ms
	- O.S	17	N > 15 mm	ITVAo	=	20.6 cm
- O.G. :	- Diamètre =	39	< 40 mm	ROG/Ao	=	1.20 < 1.3 mm

- Mitrale

- V.G.	D.T.D.	49	(30-55 mm)	DTS	27	< 35 mm
	S.I.V.	9	< 11 mm	P.P.	9	< 11 mm
	% R VG	45	% N 33 + 5	Masse VG	=	

- F. diastolique VG : RE/A > 1 TDE = 208 ms E/E' = 4.5

- Cavités Droites : PAPs = 37.1 mmHg

COMMENTAIRE :

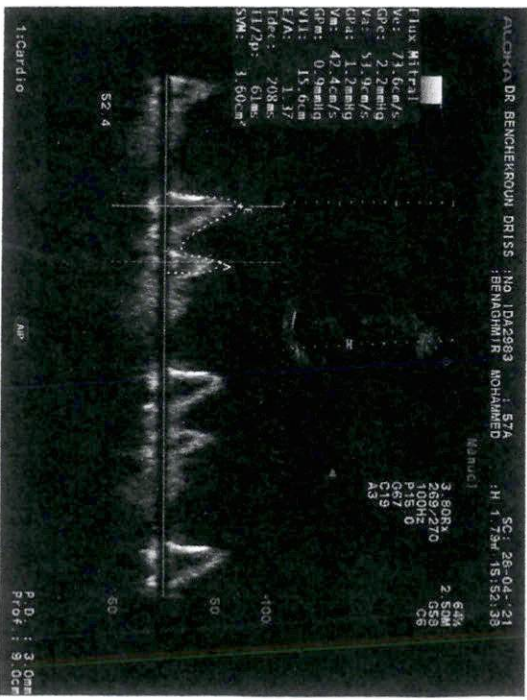
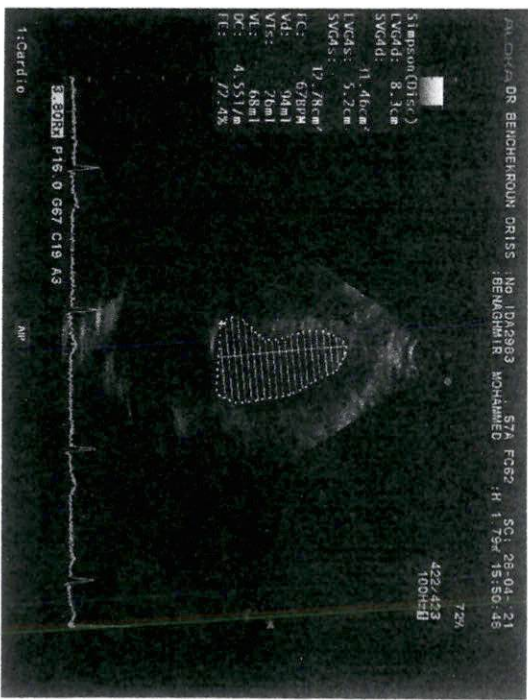
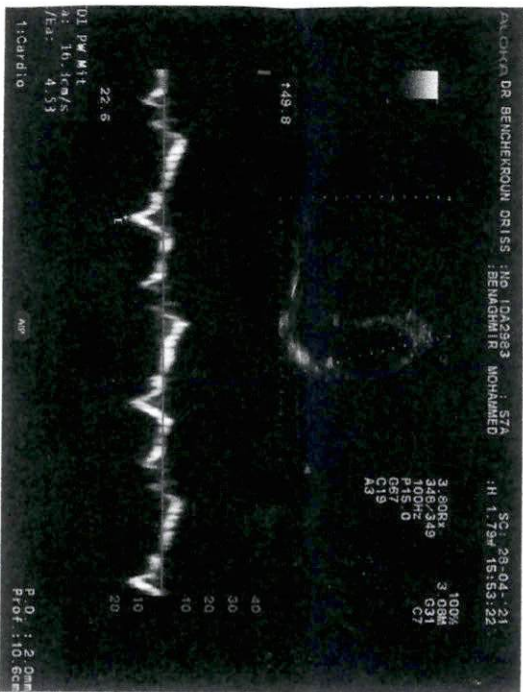
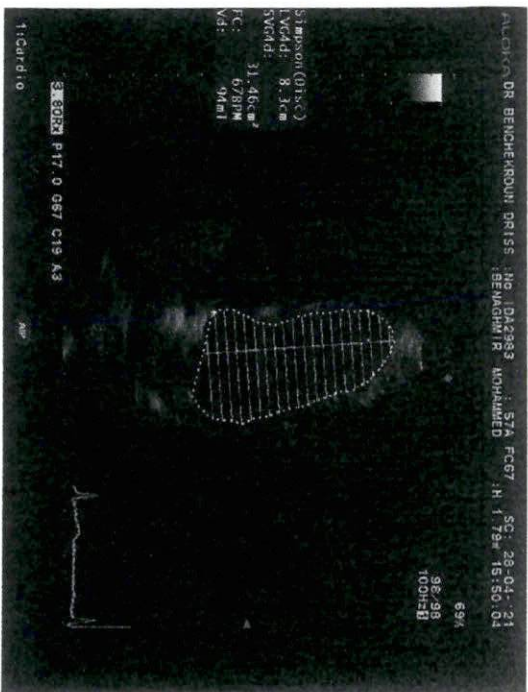
- Ventricule gauche de taille normale
- Pas de troubles de la contractilité globale ou segmentaire
- Epaisseur du septum interventriculaire et de la paroi postérieure normale
- Fraction d'éjection VG = 72 % (M. de Simpson)
- Oreillette gauche de taille normale S = 15.3 cm³
- Cavités cardiaques droites de taille normale – VCI de taille normale compliant
- Aorte initiale non dilatée
- Insuffisance mitrale modérée
- Pas d'épanchement péricardique.

CONCLUSION :

- Ventricule gauche de taille et de contractilité normales
- Pas d'hypertrophie pariétale
- Fraction d'éjection VG = 72 %
- Pressions de remplissage VG normales
- Pas d'HTAP.

NB : Echographe ALOKA alpha 6 mis en service en novembre 2014

Driss BENCHEKROUN
MUSCULOCARDIOLOGUE
N° 1091021673



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 30 AVR. 2021 الدار البيضاء في

Mr BOUT OMAR
Mohamed

Ep. d'elfin

Vendredi 5/5/2021

10h

Dr. Lou chaux

Dr. BENCHEKROUN DRISS
CARDIOLOGUE
RUE IBN NAFISS - MÂARIF - 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 : benchekroundriss@hotmail.com

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

RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - 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 : benchekroundriss@hotmail.com