

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

- 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-668140

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2719

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

TEMSAMANI Merg LANBI

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 06 7873 4797

Total des frais engagés : 1404,102

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cachet du médecin

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Rachid El Fassi

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

M. 9713

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF : 610 2 06 : مرجع رقم	
	Référence structurée : 211008826485553	Emis à Casablanca le : 07/10/2021		Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 197540712 Règlement du mois : 10/2021 Mode de paiement : Virement	BENCHEKROUN FAOUZIA N° 6 RUE ROUSSILLON ETAGE 5 APPT 9 QUARTIER DES HOPITAUX CASABLANCA 2014		
	Informations :			

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
BENCHEKROUN FAOUZIA										
089396292	10/09/2021	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	250,00	1,00	1,00	250,00	93	232,50
089396292	10/09/2021	PH	PHARMACIE	1 104,00	1 085,10	1,00	1,00	1 085,10	93	1 009,14
Total remboursé pour FAOUZIA										1 241,64
Total général remboursé										1 241,64

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

suivre

de soins par personne et par

oit être accompagnée de toutes
ives originales (ordonnances
...).

a de la personne soignée
par les praticiens eux mêmes
le soins.

transmises doivent être
s codes à barres des
és.

is ainsi que les pièces
it être présentées à la CNSS
qui suivent le premier acte
y a un traitement médical
nier cas, le dossier doit être
xante (60) jours qui suivent

it des frais engagés sera
le la tarification nationale de

s ne peuvent donner lieu au
suite à un accord préalable.
res est disponible auprès de

x accidents du travail et
telles ne sont pas couverts.

able de fraude ou de fausse
enir des prestations qui ne
isible des sanctions légales

aboursement prise par la
é au respect des conditions
e qui précède.

تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين
على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية
المشترقة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق
الوطني للضمان الإجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول
عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية
المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.
لأنه هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق
الوطني للضمان الإجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير
قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات
غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الإجتماعي
رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع الوكالة
signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée



موافقة مسبقة *
Entente préalable *

تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-03

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

أص بالمؤمن له (لها)

إسم العائلي و الشخصي : BENECHEROUN FAOUZIA

N° Immatriculation : 497540792

N° CIN : B-280-413-1

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse : 61 rue du Roussillon. Q. de Hopitalaux

Montant des frais : 1404,00 Dhs. مبلغ المصاريف :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

صريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENECHEROUN FAOUZIA

Date de naissance : 1975 تاريخ الإزدياد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : * الجنس : M ☒ أنثى ☐

INPE et code à barres ** لرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant : Etablissement de soins : المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : Oui ☒ Non ☐ قبول المرض المزمن *

N° dossier ALD : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رمز المرض المزمن :

Maladie * ☐ مرض *

Hospitalisation * ☐ استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : 17 09 2011

ب :

Fait à : 17 09 2011

ب :

Dr. BENCHEROUNI
Cardiologue
RÉSIDENT EN CHARGE DES MALADIES DU CŒUR
MADRID - CASABLANCA Tél. 09 22 23 06 05 / 09 22 23 27 07
INPE N° : 091021618

Cotation NGAP

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

NGAP/NABM

facturé

INPE et code à Barres

INPE et code à Barres

تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	ممن التجهيزات Signature et Cache Fournisseurs des
10/09/21	1104,00 dh	PHARM LAHLO 3, Rue l'Hera Casablanca.
INPE et code à Barres		
INPE:092044478		
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	

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

18 SEP. 2021
Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RUE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA - Tél: 05.22.23.22.67
INPE N° : 091021618

الدار البيضاء في

M. Benckekroun
Fouzia

148,100
x 6
S.V
Costaroval (80/12,5)
1cf mar et 2er

72,100
x 3
S.V
Detensiel (10)
1cf 1

1104,100
trib de 3 ans a

PHARMACIE NADOR
LAHLOU Abdelali
3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole
Casablanca. Tél: 0522 28 0576

BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RUE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA - Tél: 05.22.23.22.67
INPE N° : 091021618

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 : benckekroundriss@hotmail.com

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380450

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380450

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380450

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380450

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380450

CoSTARVAL® 80 mg/12,5 mg
28 comprimés pelliculés
Voie orale



6 118000 380450

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862180236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862180236

DÉTENSIEL® 10 mg
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788

PPV : 72,00 DH
Distribué par Cooper Pharma

7862180236

CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur BENCHEKROUN Driss

Résidence Benomar - Rue Ibn Nafiss - Immeuble "B"

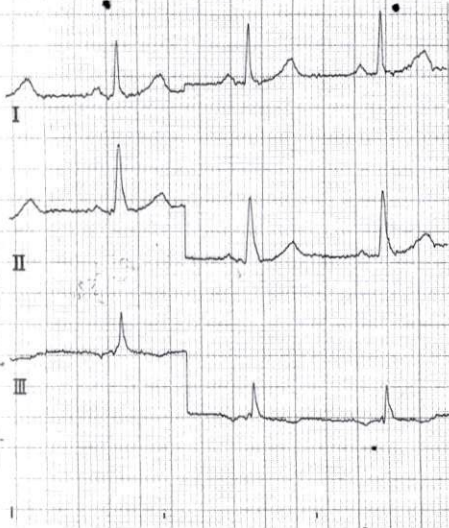
Mâarif - Casablanca - Tél. : 05 22.25.06.06 / 05 22.23.22.67 - Fax : 05 22.23.22.67

ELECTROCARDIOGRAMME

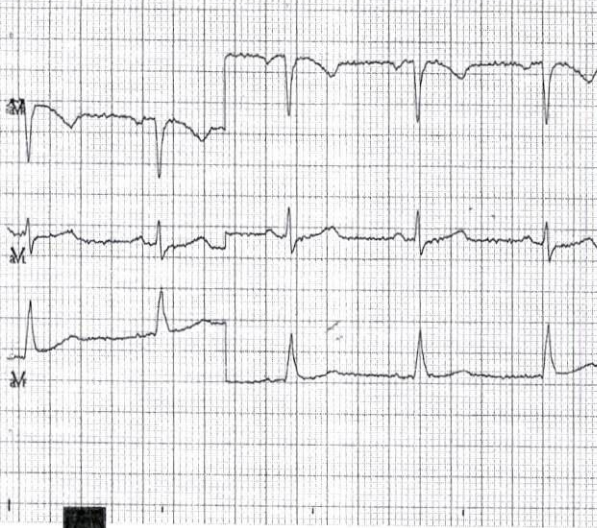
de M

**BENCHEKROUN
FOUZIA
10/09/2021**

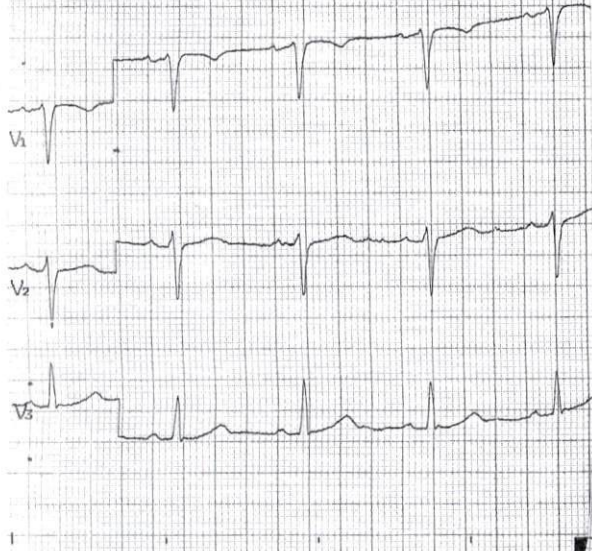
1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=69
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=69
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



1/ 1/ 1 0:01 3.2s HR=72
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



S HR=71
25mm/s



TA = 120/75 mmHg

ECG : RRS = 40 /mm PR = 0.16 /Sec aQRS = 30

QT = 0.40 /Sec

Dr BENCHEKROUN DRISS

RÉS. DR. BENCHEKROUN DRISS
MARIE-CLAUDIA - TEL. 05 42 00 00 00
INPE N° : 091021873