

## 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.

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Matricule :	33.91	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. :	Total des frais engagés : _____ Dhs	

205453

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-690918

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 : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-641799

### Maladie

### Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3398

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

DEROUIC

Autre :

AL YEHDI

Date de naissance :

31/03/1961

Adresse :

2, LOT HIND  
20150 CASABLANCA

Total des frais engagés :

0661106196

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

ZERITOUNI Salwa

Age : 1972

Lien de parenté :

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 :

CASABLANCA

Le : 31/12/2021

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15 NOV. 2021 Cet état		300,00	INPE N° : 091021618 DI BENCHERKOUN ZINE Cardiologue RESTER MÉDECIN 100% 1221-01-01-2021 INPE N° : 091021618

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE FERME 15 Route de la Mer - 29890 Sainte-Marie Tél. 05 22 32 29 89 - Fax : 032223156	15/12/2021	75,00

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

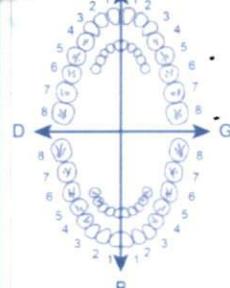
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

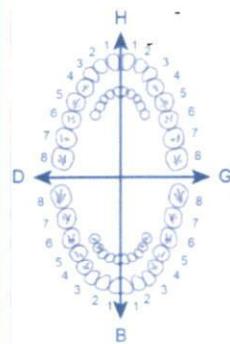
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I-V	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	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

DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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 شقرن ادريس  
خريج كلية الطب بتولوز  
اختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين  
بالميدان

Casablanca, le 15 NOV. 2021 ..... الدار البيضاء في

Dr Benkroun  
Nov

Venorcyd gel  
75,00 15 10 ml x 21

PHARMACIE FLEMING  
SANTÉ BEAUTÉ  
275, Route de la Mosquée Califomie - Casablanca  
Tél : 05 22 52 28 89 - Fax : 0522 27 31 56

Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
Rés. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B»  
MĀARIF - CASABLANCA - TEL : 05 22 25 06 06 / 05 22 23 22 67  
INPE N° : 091021618

# **VENOXYL**

## **GEL**

LABORATOIRES



**CARILENE**

**V**

**VF65**

**1223**

**PER**

**LOT**

**Prix**

**75.00**

**L**

**UCL**



**CABINET DE CARDIOLOGIE**  
**Dr Driss BENCHEKROUN**  
**Diplomé de la Faculté de Médecine de Toulouse**

*Casablanca, le 15/11/2021*

*Mme ZERHOUNI Nawal*

## **NOTE D'HONORAIRE**

- Consultation + ECG..... 300.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**TROIS CENT DIRHAMS**

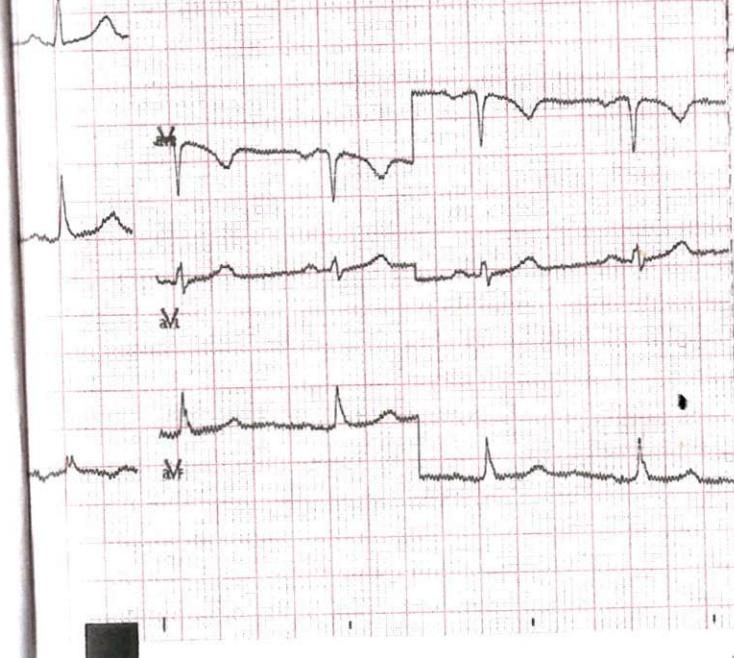
**Dr. D. BENCHEKROUN**

*Dr BENCHEKROUN DSS  
Cardiologue  
RÉS BENOMAR - 35701077 - IBN NAFFIS - MAARRIF  
CASABLANCA - Tel : 05.22.25.38.00 / 05.22.22.22.67  
INPE N° : 091021618*

*115/75*  
TA = mmHg

ECG:

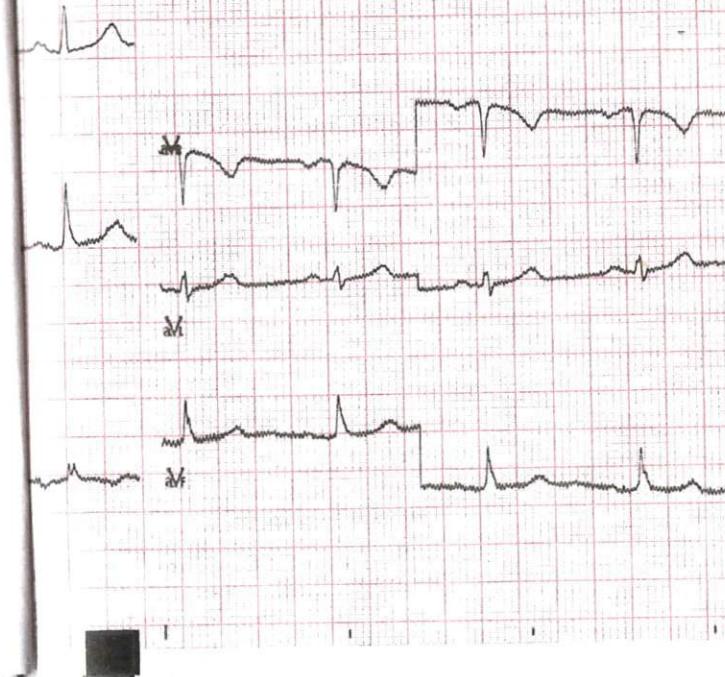
1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=73  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



*145/70*  
TA = mmHg

ECG : |

1 / 1 / 1 0:00 · 3.2s HR=73  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



TA = 115  
mmHg

ECG : RRS = 72 /mm

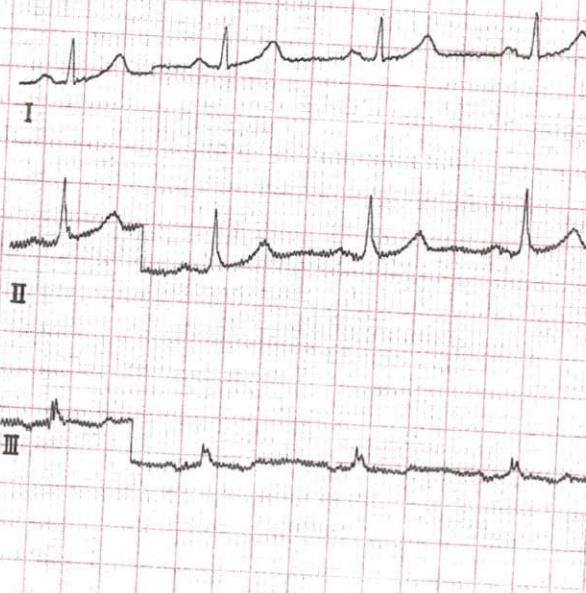
PR = 0.16 /Sec

QT = 0.22 /Sec

aQRS = +60

Dr BENCHERKOUN DRSS  
MAJDF. CHANZILLI  
INPE N° : 091021618  
Normal

1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=73  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



## CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur BENCHEKROUN Driss

Résidence Benomar - Rue Ibn Nafiss - Immeuble "B"  
Marif - Casablanca - Tél. : 05 22.26.06.06 / 05 22.23.22.67 - Fax : 05 22.23.22.67

## ELECTROCARDIOGRAMME

de M. ZERHOUNI  
NAWAL,  
15/11/2021