

# 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

M22- 0031678

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05774 Société : RAN  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : .....  
 Nom & Prénom : BENNIS Naouha  
 Date de naissance : 01/08/1961  
 Adresse : Rc EL Naouar Ing #1 B = Ghadi  
Case  
 Tél. : 0661155894 Total des frais engagés : 1683,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  165120  
 Date de consultation : 18.05.23  
 Nom et prénom du malade : BENNIS Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....  
 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 : Case Le : ...../...../.....  
 Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)

**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
18/05/23	CS+ECG		300 dh	
18/05/23	Echo doppler Cardiaque		1000 dh	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/05/23	383,70

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

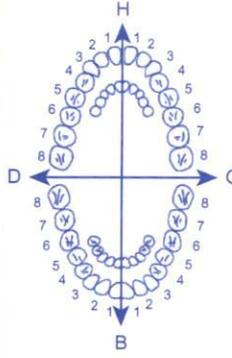
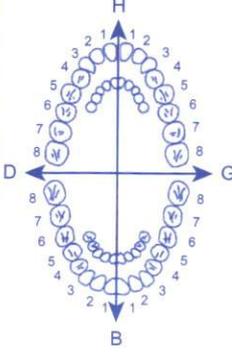
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

**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 canalaires, 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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Najah BENCHEKROUN

Cardiologue

Ancienne Interne des Hôpitaux de Nice

Diplômée de la Faculté de Nice Sophia Antipolis

Echo Doppler Cardiaque et Vasculaire

Holter Tensionnel et ECG

Epreuve d'effort



الدكتورة نجاح بنشكرون

إختصاصية

في أمراض القلب والشرايين  
خريجة كلية الطب بنيس (فرنسا)

\* VIGNETTE

V14097701

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

Mme BENALI Nouzha  
de 18/05/1962

\* VIGNETTE

V14097701

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

87,50 x 3

Nebilet: 1 cp/j - QSP 3 mois

\* VIGNETTE

V14097701

NEBILET® 5mg  
28 comprimés  
PPV 87DH50

Codoliprane: 2 cp/j - 1 mois

22,20

Odes: 1 pel le matin à jeun -  
1 mois

29,00

383,70

LOT 21148  
EXP 04/20  
PPV 99.00

OEDES 20mg  
28 gélules  
6 118001 100088

صيدلية مطار أنفا  
PHARMACIE DE L'AÉROPORT D'ANFA  
Mme. LAMNIA BRIGITTE  
72, Bis Bd. Sidi Abderrahmane  
Beausejour - Casablanca  
Tél: 0522 39 06 36

Dr. BENCHEKROUN  
CARDIOLOGUE  
Tél: 06 61 15 55 34

**Dr Najah BENCHEKROUN**

**Cardiologue**

Ancienne Interne des Hôpitaux de Nice

Diplômée de la Faculté de Nice Sophia Antipolis

Echo Doppler Cardiaque et Vasculaire

Holter Tensionnel et ECG

Epreuve d'effort



الدكتورة نجاح بنشكرون

إختصاصية

في أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca le 18/05/2023

## NOTE D'HONORAIRES

Docteur BENCHEKROUN Najah

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mme BENNIS NEUZHA

et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires :

Soit la somme de mille trois cent dirhams (1300dhs) pour :

- *Consultation plus ECG (300dhs)*
- *Écho-doppler cardiaque (1000dhs)*

*Cachet signature:*  
Dr. BENCHEKROUN Najah  
CARDIOLOGUE  
Tél: 06 61 15 55 34



**Dr Najah BENCHEKROUN**

**Cardiologue**

Ancienne Interne des Hôpitaux de Nice  
Diplômée de la Faculté de Nice Sophia Antipolis  
Echo Doppler Cardiaque et Vasculaire  
Holter Tensionnel et ECG  
Epreuve d'effort



**الدكتورة نجاح بنشكرون**

**إختصاصية**

في أمراض القلب والشرايين  
خريجة كلية الطب بنيس (فرنسا)

## **ECHO DOPPLER CARDIAQUE DE MME BENNIS NOUZHA**

**Le 18/05/2023**

- Ventricule gauche de taille normale (45/30mm)
- Oreillette gauche de taille normale (38mm)
- Cavités droites de taille normale
- Bonne cinétique segmentaire et globale du Ventricule Gauche (FE VG=63%)
- Racine aortique de taille normale (30 mm)
- Valves aortiques fines, s'ouvrant normalement(15mm) , pas de sténose ni fuite aortique. Vitesse du flux antérograde=0.88m/s
- Valves mitrales fines ; pas de rétrécissement ni fuite mitrale.
- rapport E/A égal à 1
- Valves tricuspides fines, sans sténose, présence d'une micro fuite physiologique
- Péricarde sec
- Pas d'image intra cavitaire visible

**DR. BENCHEKROUN Najah**  
**CARDIOLOGUE**  
**06 61 15 55 34 / 06 65 98 39 65**



Nom **Nouzha Bennis**  
N° patient **d26107bb-bc15-410e-9a8d-fe92f1151532**

18.05.2023 11:58:29  
12 dérivations standard

BD 143/80

Date de naiss... ---  
Sexe Non défini  
Taille  
Poids  
Ethnique Non défini  
Stimulateur c... Inconnu

N° séjour  
Chambre  
Traitement  
N° requête  
Émetteur de l...  
Prot. requ.

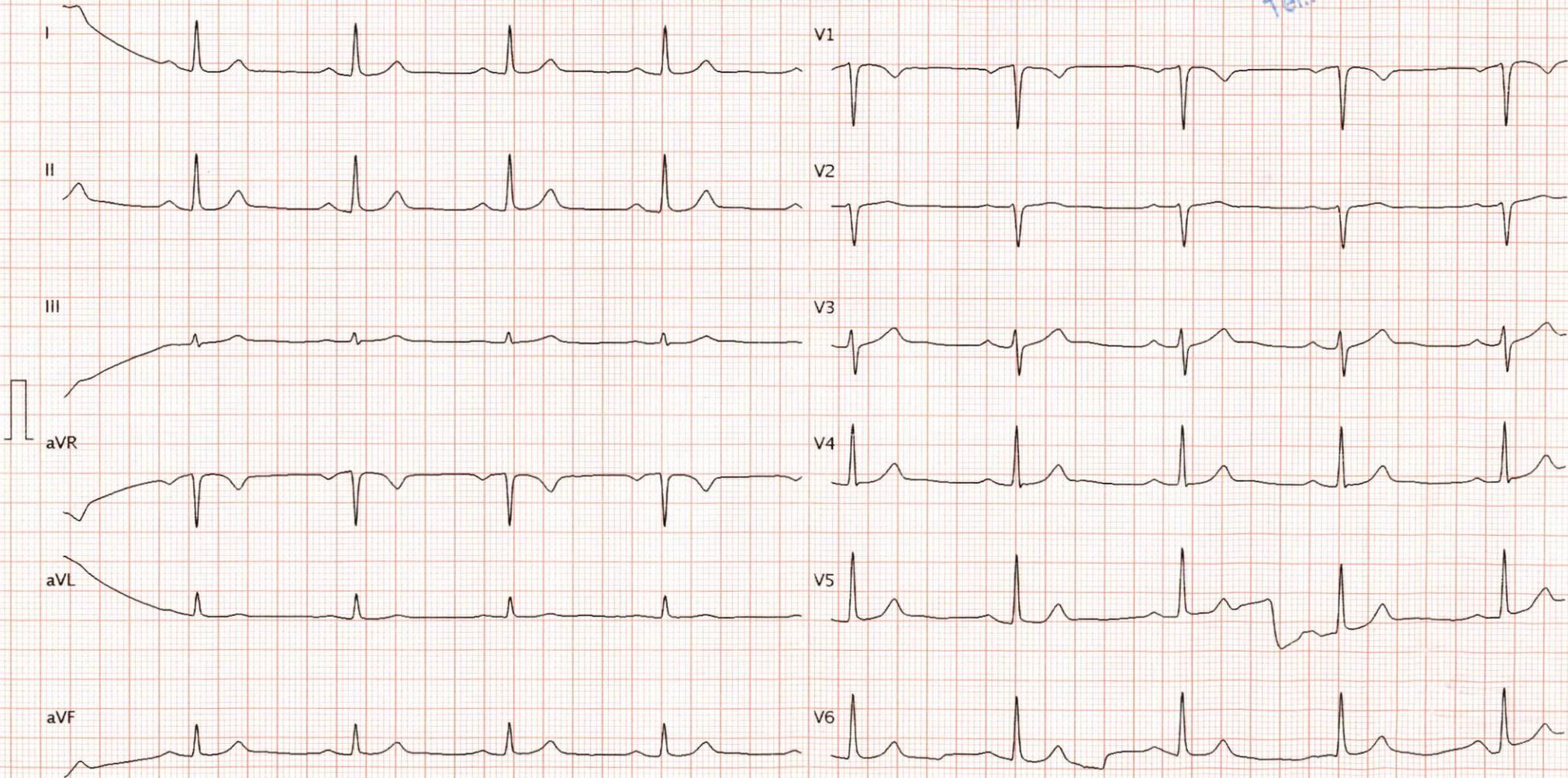
FC 56 bpm  
RR 1080 ms  
P 123 ms  
PR 201 ms  
QRS 84 ms  
QT 410 ms  
QTcB 395 ms

Rapport non confirmé

BG 137/80

Indication  
Remarque

Dr. BENCHEKROUN  
CARDIOLOGUE  
Tél: 08 6115 55 22



25 mm/s, 10 mm/mV

Séquentiel

FPB 25 Hz, CA 50Hz

