

Jeudi 5 à 10h30

# 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

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3792 Société : IRAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : Q.B RETRAITÉ

Nom & Prénom : CHABRIKIAN HASHIM AKBAR

Date de naissance : 5/10/1958 12.02.1948

Adresse : 11 RUE JABAL BOU YERLANE C1 CASA

Tél. : 0663128666, Total des frais engagés : A 822 (9) Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09 NOV 2023

Nom et prénom du malade : Citation Fakir Nada Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HYP

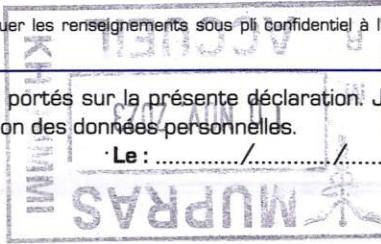
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



## RELEVE 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
09 NOV. 2023	Cartelet		350,00	Dr HENRY CHEKROUN DRISS Rés. BÉNAR. Rue de la Kasbah 1000 Casablanca Médecin CASA 1000 Dr BENY CHEKROUN DRISS Cardiologue Rés. BÉNAR. Rue de la Kasbah 1000 Casablanca INPE 10 : 03190-0313 Médecin CASA 1000
09 NOV. 2023	Colloïdoplie Colloïdoplie t 000,00			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
AMRANI M'hamed Pharmacie SAAD 44, Bis Boulevard Abderrahim Bouabid Tunis - Jendou - Oasis - Casablanca Tél: 05 22 25 34 85 - N°PE: 092051203	09/11/23	963,60

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	

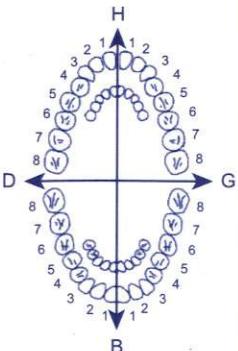
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

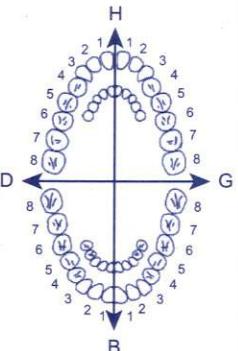
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS
	D	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



## O.D.F PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412 00000000	21433552 00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



53,00

53,00

13,40

53,00

13,40

53,00

13,40

53,00

13,40

53,00

13,40

13,40

13,40

13,40

13,40



*Casablanca, le 09/10/2023*

**Mme CHRAIBI AKBAR  
Nadia**

### **NOTE D'HONORAIRE**

- Consultation + ECG .....	350.00 DH
- Echo-doppler des Troncs supra aortique .....	1.000.00 DH
TOTAL .....	1.350.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**MILLE TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS**

**Dr. D. BENCHEKROUN**

Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
RÉS. BENOMAR - RUE IBN NAFISS - IMM « B »  
MAÂRIF - CASABLANCA - TEL: 05.22.23.22.67 / 05.22.22.22.07  
INPE N°: 001021618



Dr BENCHEKROUN DRISS

navire Rapport

Patient ID : 2023-11-09-092423

Nom :

anniversaire :

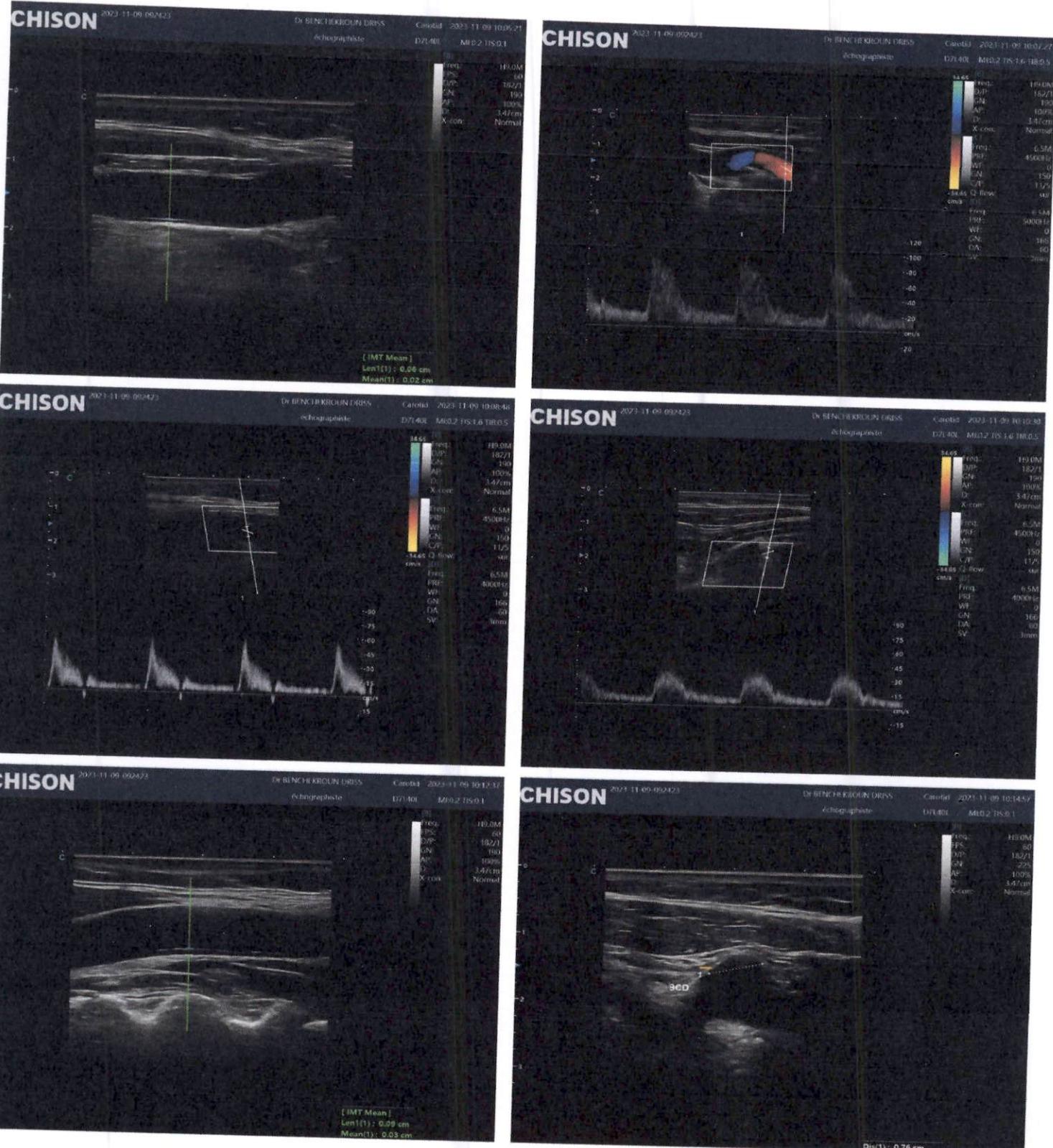
sexe :

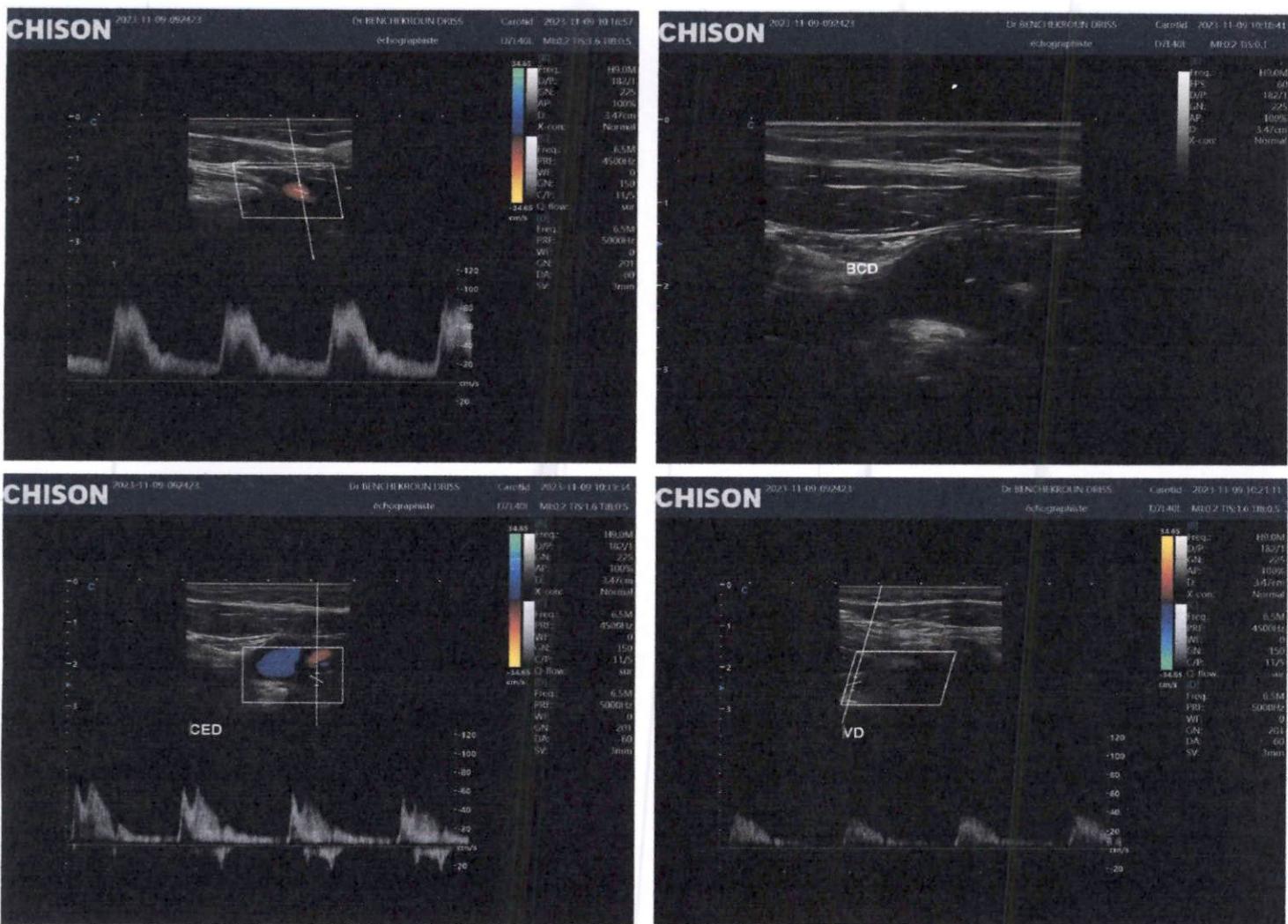
Conclusion diagnostic

âge :

échographiste :

Image échographique:





## Description

**ARTERIE CAROTIDE PRIMITIVE DROITE INTIMA MEDIA AUGMENTEE  
 DISCRETE SURCHARGE ATEROMATEUSE BULBAIRE DROITE  
 CAROTIDE INTERNES LIBRES FLUX NORMAUX  
 CAROTIDES EXTERNES LIBRES  
 VERTEBRALES NORMALES**

Bouts d'ultrason

rapport sert de référence clinique uniquement, pas utilisé comme preuve matérielle.

**Dr BENCHEKROUN DRISS**  
**Cardiologue**  
 RÉS. BEN ONAR - 1041 NAFISS - IMM « Ba »  
 MAARIF - CASABLANCA - TÉL. 0522.23.22.0  
 INPE N° : 091021518

Date-heure actuelle

Signature du médecin (ou cachet)

TA = 150/75  
mmHg

ECG : RRS = 72 mm PR = 0,16 /Sec aQRS = 6°  
QT = 0,38 /Sec

Normal

Dr BENCHERKOURI DRISS  
Cardiologiste  
Rés. Bencherkouri - Casablanca - Maroc - 33000  
MARRAKESH - CASABLANCA - MAROC - 33000  
INPE N° : 091921518

# **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

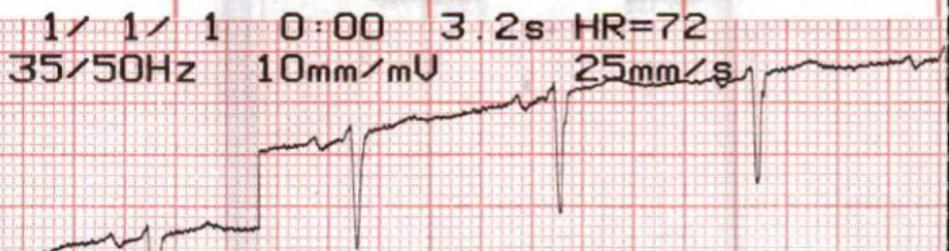
## **ELECTROCARDIOGRAMME**

de M

**CHRAIBI AKBAR  
NADIA  
09/11/2023**

1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=70  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s





V<sub>1</sub>

V<sub>2</sub>

V<sub>3</sub>

1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=77  
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s



1 / 1 / 1 0:00 3.2s HR=73

35/50Hz 10mm/mV 25mm/s

