

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

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

~~DR~~

~~203426~~

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5258 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUTAYEB ZAHIA

Date de naissance : 05/05/58

Adresse : 8, Rue EL MESSAIDI RACINE CASABLANCA

Tél. : 0666404359 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



22 AVR. 2024 BOUTAYEB Zahia Age :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : CASABLANCA Le : 22/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : Boutayeb Zahia

DR BENCHEKROUN DRASSI

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
22 AVR 2024	Cardiologue	2x	350,00	Dr BENCHEKROU N DRISS Cardiologue N°AR : FUE 00000000000000000000 Tél. : 06.22.22.22.22 / 05.22.22.22.22 Signature : DR BENCHEKROU N DRISS Date : 01/02/2018

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourguisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA MOUILLERIE DIT BILLET Praticien en Pharmacie de l'Atlas - Maârif Casablanca 05.22.954.213	22/04/2024	55,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

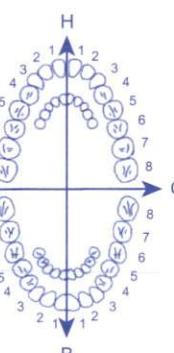
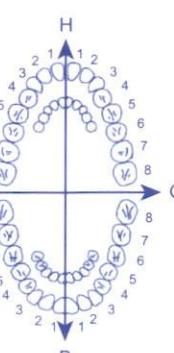
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
		<table border="1" data-bbox="1570 930 1821 1092"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2">D</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> <tr> <td>H</td><td>G</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		H	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B																	
H	G																
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

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
بالميداد

Casablanca, le 22 AVR. 2024 الدار البيضاء في

بسم BOUTAYEB
Zahra

Cardiospirine (100)
24.50 x 2
= 55.40 ١٤٦



boute de 3 ml

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BEN OMAR - IBN NAFISS - MĀRIF
MĀRIF - CASABLANCA - TEL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67
INPE N° : 091021618

PHARMACIE DE LA MOSQUÉE
Dr NARIL
Docteur en Cardiologie
76, Rue de l'Atlas, Maârif Casablanca
Tél 05.22.98.42.73

اقامة بن عمر - زنقة بن النفيسي عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء
RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MĀRIF - 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

30 comprimés gastro-résistants



Acide acétylsalicylique

CARDIOASPIRINE® 100 mg

للمضي قدمًا في حياة صحية

جذب الانتباه إلى الماء

البقاء على قيد الحياة

للحفاظ على صحة القلب والوعاء الدموي

: جندي

تؤثر على درجة حرارة الجسم
تناوله في الأطفال
دون إشراف طبي

مكوناته تشمل:
1 comprimé contient 100 mg
d'acide acétylsalicylique
et des ingrédients supplémentaires

كارديوأسبرين 100 مغ

حمض أسيتيك ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



30 comprimés gastro-résistants

Acide acétylsalicylique

CARDIO ASPIRINE[®] 100 mg

دواعي الاستعمال
للتقلبات

دواعي الاستعمال
للتقلبات

تناوله بعد 25 دقيقة من بدء الأعراض
تزيد من فعاليته

دواعي الاستعمال
للتقلبات

كardiواسبرين 100 مجم

حمض أسيتييل ساليسيليك

Cardioaspirine 100 mg/30cpls
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



30 قرص لا يتأثر بحموضة المعدة



TA = 120/15
mmHg

ECG : RRS = 72mm PR = 0.16 /Sec aQRS = 0
QT = /Sec

Dr BEAUCHEKROON DRISS
RÉS BEV 14
NANP CASUAL
INPE N° : 091021618
Ass. 42232261

