

# 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 : **05543**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**ROKHSSA YOUSSEF**

Date de naissance :

**25-04-1963**

Adresse :

**6 Rue Beyrouche lot EL TRAKIA**

Berrechid

**06 77 85 74 61**

Total des frais engagés : **394,70** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age : **61**

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 : **Berrechid**

Le : **23/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Pharmacie EL IRAKI</b> Dr. Yousef EL IRAKI 67, Rue DUKHLA BERRECHID TEL : 0522.32.83.45	23/01/24	394,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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	INP : <input type="text"/>
				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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000	G 00000000		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	35533411	B 11433553		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

**ROKHSSA YOUSSEF**

Matricule :

**05543**

N° CIN : **E153063**

Adresse :

**6 RUE BOYROUTE lot EL IRAKIA - Berrechid.**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent

Conjoint

Enfant

Je soussigne :

**Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim**  
CARDIOLOGUE  
Bd Al Qods (Ain Chock)  
Appt 38  
(En Face poste Police et concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0522-2525745 - Casablanca

Spécialité :

**Cardiologue**

N° ICE :

**09 M 66813**

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Casablanca le 22 Mai 2023**

Cachet et signature du médecin traitant :

**Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim**  
CARDIOLOGUE  
Bd Al Qods (Ain Chock)  
Appt 38  
(En Face poste Police et concessionnaire RENAULT)  
Tél: 0522-2525745 - Casablanca

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

**Dr BENJELLOUN Mohammed Karim**

*Spécialiste des Maladies du Coeur et des Vaisseaux*

Hypertension Artérielle, ECG ( tracé du coeur)

Cholestérol, Holter ECG et Tensionnel

Diplômé d'Echocardiographie Doppler

BORDEAUX



**الدكتور بن جلون محمد كريم**

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

**والضغط الدموي - الكوليسترول .....  
التخطيط الكهربائي للقلب، الـهولتر**

**الفحص بالصدى**

جامعة بوردو

Casablanca, le ..... 22/11/2023 .....

**Mr ROKHSSA Youssef**

270,00

**COPLAVIX COMPRIME PELLICULE 75 MG BOITE DE 30**

1 Comprimé le midi pendant 3 mois

167,00

**CRESTOR COMPRIME PELLICULE 10 MG BOITE DE 30**

1 Comprimé le soir pendant 3 mois

49,50

**MONONITRIL COMPRIME 20 MG BOITE DE 60**

1 Comprimé le matin 1 Comprimé le soir pendant 3 mois

112,50

**VASTAREL GELULE A LIBERATION PROLONGEE 80 MG BOITE DE 30**

1 Comprimé le matin après le repas pendant 3 mois

(P)

**AMEP COMPRIME 10 MG BOITE DE 28**

1 Comprimé le soir pendant 3 mois

339,00 L

**XARELTO 2.5 MG**

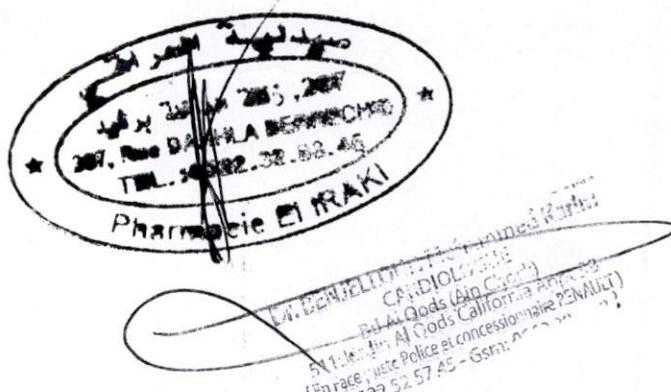
1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 3 mois

SV

SV

SV

938,00



Dr. BENJELLOUN  
CARDIOLOGISTE  
Bd. Al Qods (Anc. Cité)  
(En face Jardins Al Qods California - Concessionnaire RENAULT)  
Tél. : 0522.52.57.45 - GSM : 0612.65.13.15

---

Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire RENAULT), 4ème Etage, n° 38

Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660 38 40 03 / 0522 52 57 45

E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com

**PHARMACIE EL IRAKI**  
**EL IRAKI YOUSSEF**  
**267.RUE DAKHLA HAY AL MOUNA**

Tél : 022328345

Patente N° 40713035  
N°R.C. : 5074  
Compte :  
CNSS : 7402332  
Id.Fiscale : 92964000  
ICE : 001589793000029

Le : 23/01/2024

ROKHASSA YOUSSEF

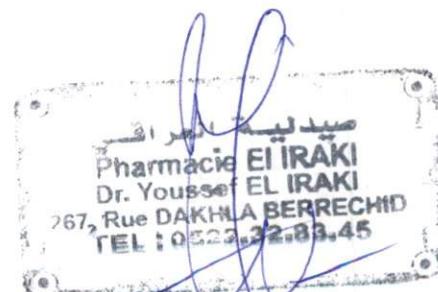
**FACTURE : 403491 du : 23/01/2024**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AMEP 10 MG / 28	75,20	75,20	7,00%
1	COPLAVIX 75MG/100MG / 30CP	270,00	270,00	7,00%
1	MONONITRIL 20MG BT/60 CP	49,50	49,50	0,00%
Total TTC				<b>394.70</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : **TROIS CENT QUATRE-VINGT QUATORZE DIRHAMS ET SOIXANTE DIX CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	49,50	0,00	49,50
7,00%	7,00	322,62	22,58	345,20
		<b>372,12</b>	<b>22,58</b>	<b>394,70</b>

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6 116001 082018



49,50