

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **Éducation :**

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**

- 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.

**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)

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 190

Société : RAM 36754

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : CHOUAIKI Houssaine

Date de naissance : 1933

Adresse : 1A7 Bd My-Youssef Béchir

Tél. : 3 AUT 202

Total des frais engagés : ..... Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 18/05/2020

12 AOÛT 2020

Nom et prénom du malade : CHOUAIKI Houssaine ..... Age : .....

Lien de parenté :  **Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie : HTA

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) : .....

#### **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
18/01/2019	CS		5	
29/01/2019				
20/02/2019				
				Dr. BENHAKROUZ Driess Spécialiste en Rhumatologie 10 Avenue Rabi Oufa - Casablanca Tél: 22 90 80 20

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE MY YOUSSEF</b> alma CHÉRIF D'OUAZZANE 133, Boulevard My Youssef CASA BLANCA - 161.05.22.22.27	18/05/20	2383,40

## **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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
				MONTANTS DES SOINS																				
				DEBUT D'EXECUTION																				
				FIN D'EXECUTION																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; border-top: 1px solid black; padding: 0 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 10px;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		D	00000000	00000000		D		00000000	00000000	B	35533411	11433553		B			
H	25533412	21433552																						
D	00000000	00000000																						
D		00000000	00000000																					
B	35533411	11433553																						
B																								
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							
				MONTANTS DES SOINS																				
				DATE DU DEVIS																				
				DATE DE L'EXECUTION																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																								

# Dr Driss BENCHAKROUNE

Cardiologue - Rythmologue

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat  
Médecine de l'université de Bordeaux  
des hôpitaux de Bruxelles  
de l'hôpital militaire de Rabat



6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

6118001030989

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

EXFORGE HCT

5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 361.00 DH

amme

DÉTENSIEL® 10 mg

30 comprimés pelliculés sécables

6 118001 101788 7862160236

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

6 118001 101788 786216

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

6 118001 101788 786216

PPV : 72,00 DH

Distribué par Cooper Pharma

251,00

361,00 x 3

EXFORGE HCT 5/160/12,5 mg : 1 comp. par jour le soir

72,00 x 3

DÉTENSIEL 10 mg : 1/2 comp. par jour le matin

39,70 x 2

KARDEGIC 75 mg : 1 sachet au cours du repas de midi

254,00 x 3

NOLIP 20 mg : 1 comp par jour le soir

que 87,00 x 3

RELAXIUM B6 300 mg : 1 gél. par jour le soir

2383,40



KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 300DH70

6 118000 061847



KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 300DH70

6 118000 061847



KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 300DH70

6 118000 061847



KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 300DH70

6 118000 061847



KARDEGIC 75MG

SACHETS B30

P.P.V : 300DH70

6 118000 061847

res Deva Pharmaceutique

DI Pharmacien Responsable

## دكتور بن شقرنون ادريس

متخصص في أمراض القلب والشرايين

متخصص في اضطرابات نبضات القلب

خريج كلية الطب بالرباط و بوردو (فرنسا)

طبيب ساق بمستشفيات بروكسل (比利جيكا)

طبيب ساق بالمستشفى العسكري (بالرباط)

## CABINET DE CONSULTATIONS ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

18/05/2020

### ORDONNANCE

Mme CHOUAIBI Khaddouj

361,00 x 3

EXFORGE HCT 5/160/12,5 mg : 1 comp. par jour le soir

72,00 x 3

DÉTENSIEL 10 mg : 1/2 comp. par jour le matin

39,70 x 2

KARDEGIC 75 mg : 1 sachet au cours du repas de midi

254,00 x 3

NOLIP 20 mg : 1 comp par jour le soir

que 87,00 x 3

RELAXIUM B6 300 mg : 1 gél. par jour le soir

2383,40

( TRAITEMENT DE 03 MOIS / ne pas arrêter sans avis médical )

- Prochain RDV : 03 mois ( le ...../...../.....)

PHARMACIE M. YOUSSEF  
Salma CHERIF BOUZAZZANE  
139 Boulevard My. Youssef  
CASABLANCA - Tel : 05 22 27 27 25

Dr. BENCHAKROUNE Driss  
Cardiologue - Rythmologue  
193, Bd. Oum Rabii Oufa - Casablanca  
Tel : 0522 90 BD 20 - Org. : 06 61 14 87 87

193, bd Oum Rabii - 2ème étage - Oulfa - Casablanca  
شارع أم الربيع - ولفا - البيضاء

( au dessus laboratoire ORBIO - Face Lydec )

Tel : 05 22 90 80 20

Portable/WhatsApp : 07 77 04 78 58

Email : driss.benchakroune@gmail.com

