

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société : <i>RAM</i>
Matricule : <i>01377</i>	Date de naissance : <i>01/01/1950</i>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <i>KASRI MOHAMMED</i>	
Adresse : <i>22 N, Rue Tanger, cité de l'aïn, Bourzouceur</i>	
Tél. : <i>066.1.106715</i>	Total des frais engagés : <i>3082,90</i> Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *06/07/2019*

Nom et prénom du malade : *DR BENJELOUN Mohammed Karim*

Lien de parenté : *Conjointe*

Nature de la maladie : *Hypertension artérielle*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *Choc*

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 *DR BENJELOUN Mohammed Karim* - Le : *06/07/2019*

Signature de l'adhérent(e) : *S*

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraire	Cachet et signature du Médecin attestant le Relèvement des Actes
06/07/19	CS + ZZ	G7 250 00	Dr BENELLOU CARDIOLOGISTE Bd Al Qods (An Chahine) 1000 Jardin Al Qods (En Face de Police et concessionnaire RENAULT) Tel: 0522 22 22 22	AM 66819

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE BÉNI M'SAÏD</b> <b>MAROUCHE Pharmacie</b> <b>Docteur Dr. Smaïn Rabiaa - Derdaa</b> <b>05 22 33 20 58</b> <b>INPE 084025</b>	06/07/22	2837,90DH

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 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**

**و الضغط الدموي - الكوليستيرون ..... .**

**في القلب، الهرولم**

**بالصدى**

**بوردو**

Casablanca, le .....

26.07.2022

J'Kesri Mohamed

224,00 + 3 Exforge 5/16 →

50,70 Cardeniel 2,5 →

114,10 X2 Crestor 5 →

629,00 + 3 Xarelto →

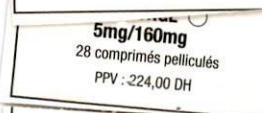
2837,90 ( 1 4 3 mmis )

**PHARMACIE BEN M'SIK**  
**MAROUANE MSIK**  
Docteur En Pharmacie  
Lpt. Khadija Bd. Oum Rabiaa - Deroua  
Gsm. 05 22 53 20 58

Dr. BENJELLOUN  
Médecin en cardiologie et hypertension  
Bd. Al Qods, Ain Chock  
Casablanca - Maroc

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.



DR BENJELOUN mohammed karim

2022 07 06 13:35

ID:KASRI

Nom: MOHAMED

Sexe:

Taille: cm Poids: kg

FC bpm : 63

Intervalle PR ms :

Durée P ms :

Durée QRS ms :

Durée T ms :

QT/QTc ms : 415/425

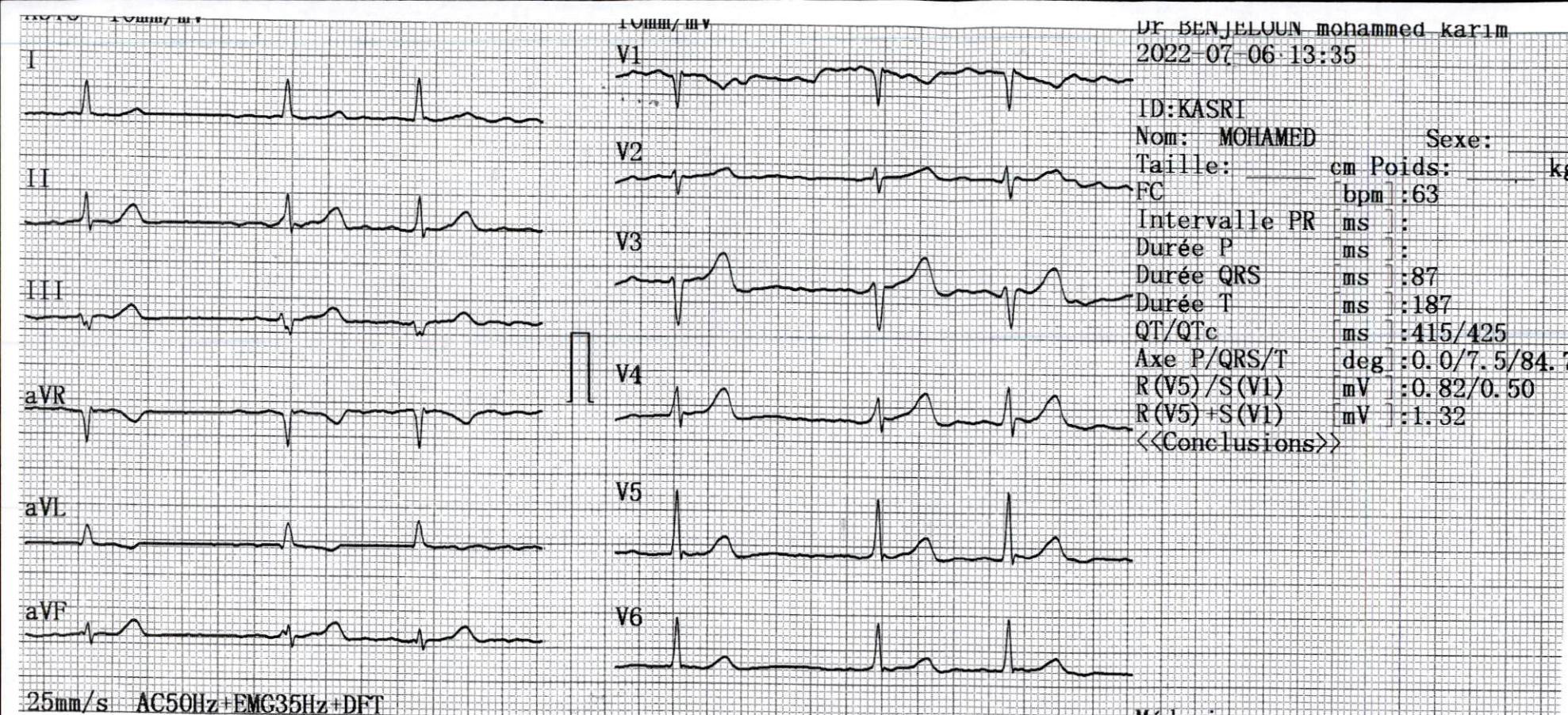
Axe P/QRS/T deg : 0.0/7.5/84.7

R(V5)/S(V1) mV : 0.82/0.50

R(V5)+S(V1) mV : 1.32

<<Conclusions>>

Médecin \_\_\_\_\_



## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	
Matricule :	N° CIN :
Adresse :	
Bénéficiaire de soins : <input type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité :
N° ICE : <i>0018100</i>	N° INPE : <i>08-11-668</i>
Certifie que Mlle, Mme, M.	
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input checked="" type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :  <i>Hypertension + diabète</i>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :  <i>3 mois (voir l'ordre)</i>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Fait à : <i>Casablanca</i> le <i>06/09/2022</i>	
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

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