

# 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.

M22- 0017276

146639

MUPRAS  
RECEPTION

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01377 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KASRI DIAKHIED

Date de naissance : 01/01/1980

Adresse : 22A Rue Tamner, cité de l'Ain, Nouaceur

Tél. : 066.11.06715 Total des frais engagés : 3869,82 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr KARIM MOHAMMED

Date de consultation : 18/01/2013

Nom et prénom du malade : DR KARIM MOHAMMED

Lien de parenté : Fils

Nature de la maladie : HTA + ACPA + CVD

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 : 18/01/2013 Le : 18/01/2013

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
18/10/2011	1123 + ECG	2	300000	DR. BENJELLOUN NABIL KARIM Bd AL OQSA, 35 En Face poste Police de Caluire et Cuire, 35 T.S.F : 0522 57 57 85 Cessionnaire RENAWIJ

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>RMA JE BEN MSIK MARQUAUME MSIK Docteur en Pharmacie Medjia Bd. Oum Rabha Deroua Casablanca 22 53 20 58 INPE 084025</p>	18/01/23	3569,80 DH

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

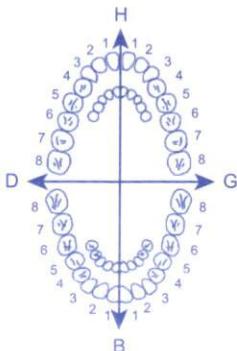
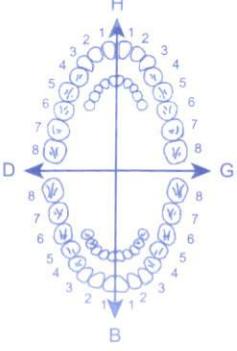
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 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														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
G	00000000	00000000													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
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**



**دكتور محمد كريم**

**ضيق القلب والشرايين**

**- الكوليستيرونول .....  
أني للقلب، الهولتر**

**بالصدى**

**بوردو**

Casablanca, le ..... 18 - 01 - 2023

*Mohamed Karim*

**91,00**

**224,00 X 3 - Ex forge 5/16 : 1 → 19**

**91,00 stethal 20 : 0 → 1 (1)**

**623,00 X 3 - Xarelto 20 : 0 - 0 - 1**

**153,30 X 6 - Permixion 160 1 - 0**

**3569,80**

**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.

**6 118001 090804**

**153,30**

**153,30**

**153,30**

**153,30**

**153,30**

**Dr. BENJELLOUN Mohammed Karim**  
**CARDIOLOGUE**  
**511 Bd Al Qods Jardins California 4 étage 38**  
**511 Jardin Al Qods California 4 étage 38**  
**Tel: 0522 52 57 45 - GSM:**  
**0522 52 57 45 - GSM:**

**Bd. Al Qods, 511, Jardins Al Qods Californie (En Face du concessionnaire  
Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0612 65 13 15 / 0660 38 40**

**E-mail : drbenjellounkarim@gmail.com**

**611800103056 9**

**EXFORGE ○**

**5mg/160mg**

**28 comprimés pelliculés**

**PPV : 224,00 DH**

**611800103056 9**

**EXFORGE ○**

**5mg/160mg**

**28 comprimés pelliculés**

**PPV : 224,00 DH**

**611800103056 9**

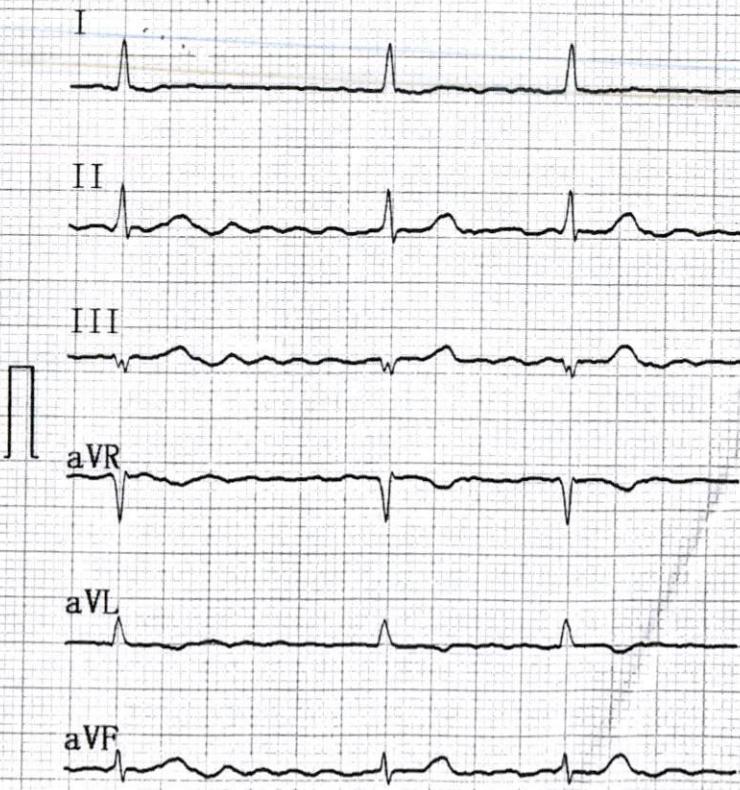
**EXFORGE ○**

**5mg/160mg**

**28 comprimés pelliculés**

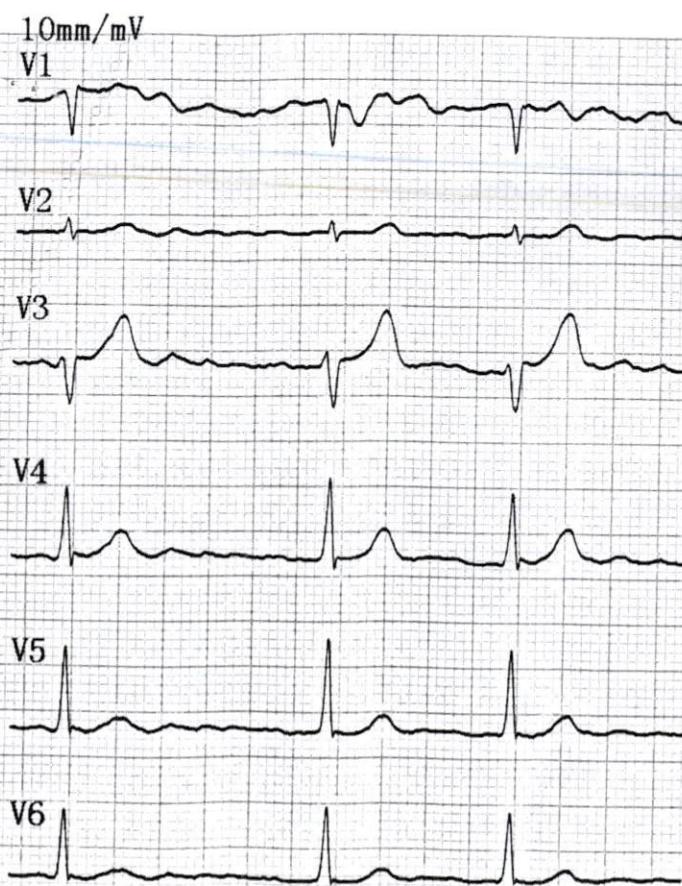
**PPV : 224,00 DH**

AUTO 10mm/mV



25mm/s AC50Hz+EMG35Hz+DFT

10mm/mV



Dr BENJELOUN mohammed karim  
2023-01-18 13:22

ID: KASRI

Nom: MOHAMMED

Sexe:

Taille: \_\_\_\_\_ cm Poids: \_\_\_\_\_ kg  
FC [bpm]: 60

Intervalle PR [ms]:

Durée P [ms]:

Durée QRS [ms]: 82

Durée T [ms]: 362

QT/QTc [ms]: 532/536

Axe P/QRS/T [deg]: 0.0/8.6/65.9

R(V5)/S(V1) [mV]: 1.01/0.49

R(V5)+S(V1) [mV]: 1.51

<<Conclusions>>

Médecin \_\_\_\_\_



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6  
MOIS**

code : PR2FR04

Version · 01

Date : 24/05/2022

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

**Nom et prénom :**

KASRI MOHAMMED

**Matricule :**

Adresse : 8151, 0314137

Adresse : 22A Rue Taylor, cité de l'air,  
Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr. BEN ABDERRAHMANE, 45 Bd Ali Ben Abdallah, Police et Gendarmerie, Spécialité :

Nº JCE : 511.JE Face postale 5225259 Nº JNPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : KASRI' Noura

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 :**

Agd + crown pitch + HGA

**Dont ci-joint ordonnance :**

#### Traitements prescrits :

Wif or Sonne

**Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables**

Fait à : CASAPLAN SA le 18/01/2023

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.**