

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES RÉMBOURSEMENTS 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-789414

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 Beyrouth lot Idrakia  
Berrechid

Tél. :

06 77857461

Total des frais engagés :

898, 7799 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

24/07/23 Rokhssai

Nom et prénom du malade :

Youssef Age:

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Effacement canalaire

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 : 01-08-23 ACCUEIL BOUZZAAH Le : 01-08-23

Signature de l'adhérent(e) :

Beorechid

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
21/07/93	C1	300,00	300,00	INP : 0908169 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Dr. Youssef BERREC 67 Rue DAKAR BP 32.83.41 TELE: 010 22 33 44	24/7/23	349,62

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/03/2013	Z 700	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
<i>PARA SAMIN</i> 48, Rue Dœd Malou Lotissement Bourahat 72.32.61.19	<i>24/07/83</i>				<i>390,00</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.						
	SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>  D      H B      G					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>					<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>	

Docteur A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Médecine de Sport

الدكتور عبد الله لابوري

اختصاصي في جراحة وتنويم العظام

الطب الرياضي

ICE : 001898108000064

E-mail:docsilialaab@gmail.com

IP 091087452



07/07/23

Mr Rokhsa Youssef

390,00 Cauciere pour  
epicondylite  
Silistab epi

~~PARASAILALI~~  
46, Rue Oued Malouya  
Lotissement Bourjana Berrchid  
Tel: 0522 22 61 19

~~TRAUMATO ORTHO~~  
~~06 61 32 50 34~~  
~~IP 091087452~~

06 61 32 50 34 - المعمول - برشيد - إسماعيل مولى 87 Avenue Moulay Ismail - Berrchid 6 - Gsm : 06 61 32 50 34



Berrchid, le .....

24/07/93

Mr Rockhissa Youssef

~~1990 Noiceptol 1A 11x21~~

~~② Bd Velpeau 15 cm~~

~~94,00 Mydo flex 1x21~~

~~28,00 Codamol tabs 1x31j~~

~~28,80 Vitamine g forte 3x21j~~

~~② Mobic 15 mg a maitre~~

~~349,60~~

المسالك التجارية

222

الدواء تجارة الزمالة

الدواء لانت

الدواء لانت

الدواء لانت

LOT: PUC: 198.00DH  
CNK 3259-850

C209  
2025-05

REV: 2021/11/0

3 401020 354451 >

PPV

28,80

LOT

PER



GTIN: 06118001260850  
LOT: 4019  
MFG: 07 2022  
EXP.: 07 2025  
PPV: 94dh/s00



CODAMOL PLUS

16 comprimés effervescents

P.P.V. : 28,80DH

6 118000 191872

**DOCTEUR A. LAABOURRI**

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de Sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام  
الطب الرياضي

Berrechid, le .....

8/07/23

Mr Rekhaissa Youssef

epicondylitis

Radialis Cervicalis

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC  
Dr. ALLAZZOUI  
38-38, Rue Tariq Ben Ziad  
Berrechid  
33 73/000835 1253

DOCTEUR A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de Sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام  
الطب الرياضي

Berrechid, le .....

24/07/23

Mr Youssef Rokhsra.

echenpe sur la hanche

Dr A. LAABOURRI  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Médecine de Sport  
Téléphone : 06 61 32 50 34  
Fax : 06 61 32 50 34  
E-mail : docslialaab@gmail.com - ICE : 001898108000064

Sté PARA SAMLALI

Parapharmacie & produits cosmétiques

ICE :000091962000032

CLIENT : ROKHSSA YOUSSEF

24/07/2023

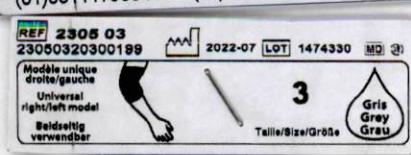
FACTURE : 120/2023

Désignation	Qté	P.U	Total
COUDIERE SILISTAP EPI	1	390.00	390.00

Montant TTC : 390.00

Dont TVA 20% : 65.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : *trois cent quatre vingt dix*  
*dhs*



PARA SAMLALI  
48, Rue Oued Malwiya  
Lotissement Bourahal Berrechid  
Tél: 0522.32.61.19

# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTERE DE RADIÖDIAGNOSTIC BERRECHID

Dr. Ali AZZAoui

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE

SPECIALISTE  
RADIOLOGIE GENERALE – MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR – RADIO - PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE – TELE CRANE 4M

Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER  
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU (FRANCE)



الدكتور علي عزاوي

إخلاصي في التشخيص الطبي

بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفيات

الجامعة بمونبولي

Berrechid, le : ..... برشيد، في :

Facture D077/2023

Je soussigné certifié avoir réalisé un examen

Examen pratiqué : Rx coude droit f/p

Nom et prénom : **ROKHSSA YOUSSEF**

Pour la somme : 200,00DH

deux Cents dirhams

38-38 Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64  
Confraternellement  
Signé : Dr A.AZZAOUI

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36 زنقة طارق ابن زياد - برشيد  
الهاتف : 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

# مركز التشخيص الطبي بالأشعة برشيد

## CENTERE DE RADIÖDIAGNOSTIC BERRECHID

**Dr. Ali AZZAoui**

Diplôme d'études Spéciales de Radiologie (C.E.S)  
de la Faculté de Médecine  
de MONTPELLIER - FRANCE



SPECIALISTE  
RADIOLOGIE GENERALE - MAMMOGRAPHIE  
ECHOGRAPHIE - DOPPLER COULEUR - RADIO - PEDIATRIE  
PANORAMIQUE DENTAIRE - TELE CRANE  
  
Ancien Médecin Attaché des Hôpitaux (C.H.U)  
DE MONTPELLIER  
Ancien Praticien Hospitalier à l'Hôpital de  
MILLAU (FRANCE)

**الدكتور علي عزاوي**

إختصاصي في التشخيص الطبي  
بالأشعة والإيكوغرافيا

خريج كلية الطب بمونبولي (فرنسا)  
طبيب سابق بالمستشفيات  
الجامعة بمونبولي

Berrechid, le : ..... 24 ..... : برشيد، في :

24 VIII 2003

**Nom et Prénom : ROKHSSA YOUSSEF**  
**Examen Pratiqué : RX coude droit f/p**  
**Médecin demandeur : Dr . LAABOURRI**

### **COMPTE RENDU :**

- Pas d'image lésionnelle osseuse ou ostéo articulaire décelable

*Confraternellement*  
Signé : Dr A.AZZAOUI

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

36-38, Rue Tarik Ibn Ziad - Berrechid  
Tél.: 05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64

38-36, زنقة طارق ابن زياد - برشيد  
05 22 33 63 73 - 08 08 35 12 64 : الهاتف