

## 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.

N° W21-668174

163332

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>5543</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>ROKHSRA YOUSSEF</b>			
Date de naissance : <b>25-04-63</b>			
Adresse : <b>6 Rue Beyrouth lot 8 L IRAKIA Berrechid 26100</b>			
Tél. : <b>0677857461</b>	Total des frais engagés : <b>369,00 Dhs</b>		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
	Cachet du médecin :
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	
<input type="checkbox"/> Conjoint	
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.	

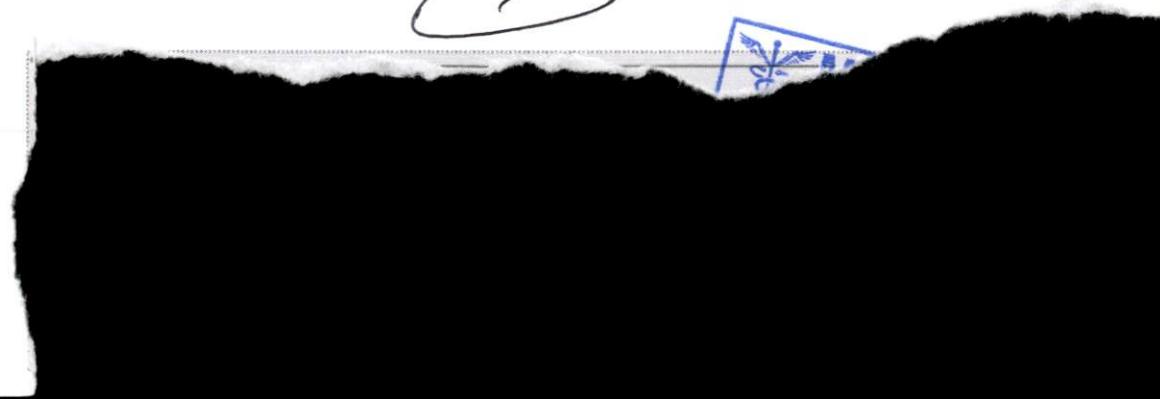


**MUPRAS - 01 JUIN 2023 - ACCUEIL**

Age: 60 ans  
Le: 30/05/2023

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 : **30/05/2023**

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
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ERRADA L'Imar Pharmacie Chouqia n. Av. Moulay Ismail, 25102 Tél. : 0522 33 27 85 62018379	29-05-23	369, 00

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	
 <p>BERRADA Chaouia Pharmacie Moulay Ismail, 21000 162, Av. Moulay Ismail - Tél. : 0522 35 22 22 Fax : 052018376 INPE : 062018376</p>	

## **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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		$\begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array}$		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

**PHARMACIE CHAOUIA**

BD MY. ISMAIL  
 BERRECHID  
 Tel:022.33.72.29  
 Patente: 40712775 R.C. 1926  
 ICE: 001668941000040

Facture N°: 24 609

Ref N°: 29/05/23/ 169

**Client:**

CLIENT COMPTOIR

YOUSSEF ROKHSSA

**BERRADA Omar**  
**Pharmacie Chaouia**  
 182, Av. Moulay Ismail, 26102  
 Berrechid - Tél. : 0522 33 72 25  
 INPE : 062018379

Libellé Produit	Forme	Qté	Prix unitaire	Total PPM
COPLAVIX 75/100 Mg X 30	CO	1	270,00	270,00
LD NOR 20 MG BT 30	CO	1	99,00	99,00
<b>Total à Payer:</b>				369,00

**La présente facture est arrêtée à la somme de:****### TROIS CENT SOIXANTE NEUF DIRHAMS###**

Le : 29-mai-2023

Sanofi-aventis Maroc  
 Route de Rabat -R.P.1,  
 Ain sebaâ Casablanca  
 Coplavix 75mg/100mg  
 b30 cp  
 P.P.V : 270,00 DH  
  
 6 118001 082018

LOT : 221196  
 EXP : 09/2025  
 PPV : 99,00DH

**BERRADA Omar**  
**Pharmacie Chaouia**  
 182, Av. Moulay Ismail, 26102  
 Berrechid - Tél. : 0522 33 72 25  
 INPE : 062018379

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

M. ROKHSSA YOUSSEF

Matricule :

N° CIN :

05543

E153063

Adresse :

6 Rue Beyrouth lot EL ISRAKIA Berrachid 26100

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité :

CARDIOLOGIE

N° ICE :

N° INPE :

091008771

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 :

Ortho Abdellah

Dont ci-joint ordonnance :

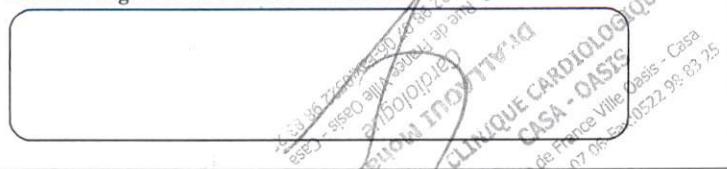
Traitements prescrits :

Captopril - LD. NOR  
ou plavix + Cardiospirin

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 01/09/2023

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



# مصحة أمراض القلب الدار البيضاء - الوازيس CLINIQUE Cardiologique Casa-Oasis

Cardiologie / Cardiologie Interventionnelle / Radiologie Vasculaire Interventionnelle  
Chirurgie Cardio Vasculaire et Thoracique  
Coro-Scanner / 128 barrettes

الدكتور محمد علاوي

Dr. Mohamed ALLAOUI  
CARDIOLOGUE

DES de Cardiologie  
et  
Pathologie Vasculaire  
de la Faculté  
de  
Médecine de PARIS  
Ancien Interne  
des  
Hôpitaux de NANCY  
Membre de la Société  
Française de Cardiologie

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain seba Casablanca  
Copilavix 75mg/100mg  
b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH  
6118001 082018

LOT : 221196  
EXP : 09/2025  
PPV : 99,00DH

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
20, Rue de France Ville - Oasis  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 05 22 99 49 72  
E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com

20, Rue de France Ville - Oasis  
Tél: 0522 98 07 06 - Fax: 05 22 99 49 72  
E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com

Mr REKHISSA Youssfi  
270,00  
Copilavix (ou plavix) 75 mg  
1cp n°1  
LDNA 10  
1cp b/1  
99,00  

---

T = 369,00