

# 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même



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.

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 : BEIRRECITO  
Le : 04/09/2023

"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
 <p>21/07/2013 267, Rue D'UHLA BERPENS TEL: 03.622.32.83. Pharmacie El Hadj</p>	21/07/2013	467,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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'ODDF.



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

26/07/25

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 sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg  
b30 cp

P.P.V : 270,00 DH

6118001 082018

LOT : 230656  
EXP : 04/2026  
PPV : 99,00DH

D° Rokhla Youssfi

270,90

1) Gfleur 1g (Neh)

99,00

2) Undor 2 1g (Gri)

49,40

3) Amys 1g (Neh)

49,50

4) Abnanti 2 1g (25)

467,92

CLINIQUE CARDIOLOGIQUE  
CASA OASIS  
20, Rue de France Ville Oasis-Casa  
Tél: 05 22 98 07 06 Fax: 05 22 98 83 25

**Dr. Mohamed ALLAOUI**  
**Cardiologue**

20, Rue France Ville - Oasis  
Casa - Tél: 0522 98 07 06

20, Rue France Ville - Oasis - CASABLANCA 20000 زنقة فرانس فيل - وازيس - الدار البيضاء

Tél. : 05 22 98 75 75 / 05 22 98 07 06 / 05 22 99 49 72 - Fax : 05 22 98 83 25 - GSM : 06 72 29 45 14 - 06 72 29 47 13 - 06 72 29 48 72  
E-mail : clinique\_cardiologique@hotmail.com - Patente : 34788311 - C.N.S.S : 7379622 - I.F. : 01006967 - I.C.E : 001750502000084

N° Cpte : 190 780 21211 430 4969 0009 74 Banque Centrale Populaire - Casablanca

**PHARMACIE EL IRAKI**  
**EL IRAKI YOUSSEF**  
**267.RUE DAKHLA HAY AL MOUNA**

Tél : 022328345

Patente N° 40713035  
N°R.C. : 5074  
Compte :  
CNSS : 7402332  
Id.Fiscale : 92964000  
ICE : 001589793000029

Le : 31/08/2023

Rokhssa Youssef

**FACTURE : 394193 du : 31/08/2023**

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
1	AMEP 5 MG/28 CP	49,40	49,40	7,00%
1	COPLAVIX 75MG/100MG / 30CP	270,00	270,00	7,00%
1	LD-NOR 20MG /30CPR	99,00	99,00	7,00%
1	MONONITRIL 20MG BT/60 CP	49,50	49,50	0,00%
Total TTC			<b>467.90</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENT SOIXANTE SEPT DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	49,50	0,00	49,50
7.00%	7,00	391,03	27,37	418,40
		<b>440,53</b>	<b>27,37</b>	<b>467,90</b>

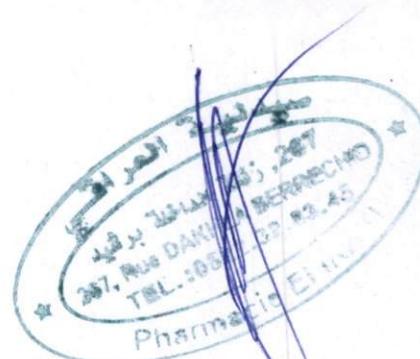
Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Coplavix 75mg/100mg

b30 cp  
P.P.V : 270,00 DH

6 118001 082018

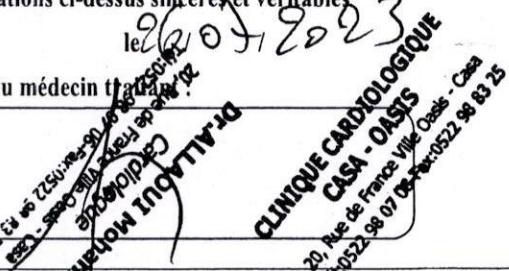
LOT : 230657  
EXP : 04/2026  
PPV : 99,00DH

49,40



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 :	<i>ROKHSSA YOUSSEF</i>		
Matricule :	<i>05543</i>	N° CIN :	<i>E153063</i>
Adresse :	<i>6 Rue Beyrouth lot El ITRAKIA BERNÉ CHID.</i>		
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Partie réservée au médecin traitant			
Je soussigne :	Spécialité : <i>CARDIOLOGIE</i> N° ICE : <i>091008721</i> N° INPE : <i>091008721</i>		
Certifie que Mlle, Mme, M. :			
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie		
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :			
<i>Poly artériel</i>			
Dont ci-joint ordonnance :			
Traitemen prescrit :	<i>Copaxin 100 mg - CD NOR 20 mg - ANGOT 50 mg</i> <i>DONOGYL 70 mg</i>		
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables			
Fait à :	<i>Carthage</i>	<i>le 26/03/2023</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