

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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- 0031098

A75594

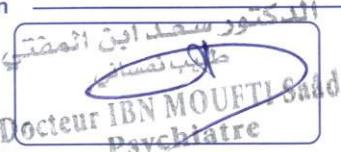
Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	57.08
Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : ADDAKOU HASSAN	
Date de naissance :	01/01/65
Adresse :	08, RES LE JARDIN, C, DES HERBES, Apt 2A
C.A.A	
Tél. :	0661.06.62.60
Total des frais engagés : .Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Docteur IBN MOUFTI SADDAD Psychiatre	
Date de consultation :	29/8/2023
Nom et prénom du malade :	ADDAKOU ABDIL
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Trouble anxieux
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA Le : 29/8/2023

Signature de l'adhérent(e) : Hz



#### **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
29/8/23	consulte	0		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/8/23	1891,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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		
		H 25533412   21433552 D 00000000   00000000 B 00000000   00000000 35533411   11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) 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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Saad IBN MOUFTI

Psychiatre

Psychothérapeute

Addictologue



الدكتور سعد ابن المفتى

طبيب اخصائي

في الامراض النفسية و اضطرابات اسلوب الحياة

طب العصباني و العصبية

Dr Saad IBN MOUFTI  
Quartier des Théâtres - Casablanca  
4 bis, Rue Reamni / Bd. Abdellah Ben Kaddour  
Pharmacie LILAS M.  
Mme. SEKRETARIAZ  
Casablanca  
Le 29/8/2023

Casablanca, le

29/8/2023

M. ADDAKOUI

① 5 - citAP 2sy q: 832437  
190.70 x 3.

② ANXIAL 6 sy q: 832438  
36.70 x 6

③ ALPERIDE 200sy q: 832439  
204.00 x 3.

④ Atyvid 30sy q: 832440  
98.80 x 5

In de 3 mls

1 895.80

الدكتور سعد ابن المفتى  
طبيب نفساني

Dr Saad IBN MOUFTI

شارع ابراهيم الروانى - الموكب التجارى نادى، عمارة 4، الطابق 3 - الدار البيضاء

Boulevard Ibrahim Roudani, Centre Commercial Nadia, Immeuble 4, 3ème Étage - Casablanca

Tél. : 05 22 98 21 98 - GSM : 06 23 80 69 57 - E-mail : saadmoufti@hotmail.fr

of the visa does not entitle you to enter the United States if, upon your arrival, you are found to be inadmissible under U.S. immigration laws. You certified that you understand that any willfully false or misleading statement or willful concealment of a material fact made by you within the application may subject you to permanent exclusion from the United States and, if you are admitted to the United States, may subject you to criminal prosecution and/or deportation.

The information that you have provided in your application and other information submitted with your application may be accessible to other government agencies having statutory or other lawful authority to use such information, including for law enforcement and immigration law enforcement purposes. If fingerprints are collected as part of your application process, they may be used for the purpose of comparing them to other fingerprints in the FBI's Next Generation Identification (NGI) fingerprint system or its successor systems (including civil, criminal, and latent fingerprint repositories). The photograph that you provide with your application may be used for employment verification or other U.S. law purposes.

This site is managed by the Bureau of Consular Affairs, U.S. Department of State. External links to other Internet sites should not be construed as an endorsement of the views contained therein.

[Copyright Information](#) [Disclaimers](#) [Paperwork Reduction Act](#)

(225)

LOT 230363  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



LOT 230363  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



LOT 230363  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



LOT 230363  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



LOT 230363  
EXP 02/2026  
PPV 98.30DH

Athymil® 30 mg  
Comprimés pelliculés  
sécables



LOT 230845  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadriséables



6 118000 081111

LOT 230845  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadriséables



6 118000 081111

LOT 230840  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadriséables



6 118000 081111

LOT 230840  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadriséables



6 118000 081111

LOT 230845  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadriséables



6 118000 081111

LOT 230845  
EXP 05/2025  
PPV 36.70DH

ANXIOL® 6 mg  
30 comprimés quadriséables



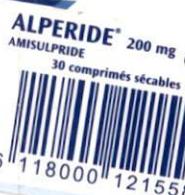
6 118000 081111

Fecha de nacimiento (día-mes-año)/ Date de naissance (jour-mois-année):  20/09/1978	Nacionalidad/ Nationalité:  MAROCAINE	Número de documento de viaje o del documento de identidad/ Numéro de document de voyage ou de la carte d'identité: PERMISO DE RESIDENCIA E 22091553 NIE:X6551913H
18. Relación de parentesco con un nacional de la UE, del EEE o de la CH, si procede/Lien de parenté avec le ressortissant de l'UE, de l'EEE ou de la Confédération Suisse, le cas échéant :  <input type="checkbox"/> Cónyuge/Conjoint <input type="checkbox"/> Hijo-a/Enfant <input type="checkbox"/> Nieto-a/Petit-fils ou petite fille <input type="checkbox"/> Ascendiente dependiente/Ascendant à charge <input type="checkbox"/> Pareja de hecho registrada/Partenariat enregistré <input checked="" type="checkbox"/> Otras/Autre: BELLE SOEUR		
19. Domicilio postal y dirección de correo electrónico del solicitante/ Adresse du domicile et adresse électronique du demandeur:  27 LOT CALIFORNIA BAY SANIA 27 EL JADIDA addakouh@gmail.com	Número(s) de teléfono/ Numéro(s) de téléphone:  0661066260	
20. Residente en un país distinto del país de nacionalidad actual/ Résidence dans un pays autre que celui de la nationalité actuelle:  <input checked="" type="checkbox"/> No/Non <input type="checkbox"/> Si/Oui. Permiso de residencia o documento equivalente/ Autorisation de séjour ou équivalent ..... n°/numéro ..... válido hasta el/ date d'expiration .....		
*21. Profesión actual/ Profession actuelle:  PILOTE DE LIGNE. ROYAL AIR MAROC		
*22. Nombre, dirección y número de teléfono del empleador. Para estudiantes, nombre y dirección del centro de enseñanza/ Nom, adresse et numéro de téléphone de l'employeur. Pour les étudiants, adresse de l'établissement d'enseignement:  ROYAL AIR MAROC , Bd Moulay Abdellah Cherif CASABLANCA. 20200. Tel: 0522912000		
23. Motivo(s) del viaje/ Objet(s) du voyage:  <input checked="" type="checkbox"/> Turismo/Tourisme <input type="checkbox"/> Negocios/Affaires <input type="checkbox"/> Visita a familiares o amigos/Visite à la famille u à des amis <input type="checkbox"/> Cultural/Culture <input type="checkbox"/> Deportes/Sports <input type="checkbox"/> Visita oficial/Visite officielle <input type="checkbox"/> Motivos médicos/Raisons médicales <input type="checkbox"/> Estudios/Études <input type="checkbox"/> Tránsito aeroportuario/Transit aéroportuaire <input checked="" type="checkbox"/> Otros/Autre (especifique/a préciser): Fonction pilote de ligne a Royal air Maroc		
24. Información adicional sobre el motivo de la estancia/ Informations complémentaires sur l'objet du voyage:  RAISON DE TRAVAIL. PILOTE DE LIGNE		
25. Estado miembro de destino principal (y otros Estados miembros de destino, si procede)/Etat membre de destination principale (et autres États membres de destination, le cas échéant):  ESPAGNE	26. Estado miembro de primera entrada/ État membre de première entrée:  ESPAGNE	
27. Número de entradas que solicita/ Numéro d'entrées demandées:  <input type="checkbox"/> Una/Une entrée <input type="checkbox"/> Dos/Deus entrées <input checked="" type="checkbox"/> Múltiples/Entrées multiples		
Fecha prevista de llegada de la primera estancia prevista en el espacio Schengen/ Date d'arrivée prévue pour le premier séjour envisagé dans l'espace Schengen:  30/06/2023		
Fecha prevista de la salida del espacio Schengen después de la primera estancia prevista/ Date de départ prévue de l'espace Schengen après le premier séjour envisagé:  15/07/2023		
28. Impresiones dactilares tomadas anteriormente para solicitudes de visado Schengen/ Empreintes digitales relevées précédemment aux fins d'une demande de visa Schengen: <input type="checkbox"/> NO/non <input checked="" type="checkbox"/> Sí/oui  Fecha, si se conoce/ Date, si elle est connue... 13/06/2018 ..... N° de visado, si se conoce/ Numéro de la vignette-visa, s'il est connu... 523680660		
29. Permiso de entrada al país de destino final, si ha lugar/Autorisation d'entrée dans le pays de destination finale, le cas échéant:  Expedido por/Délivré par..... Válido desde/Valable du..... Hasta/au.....		
*30. Apellido(s) y nombre (s) de las persona o personas que han emitido la invitación en el Estado o Estados miembros. Si no procede, nombre del hotel u hoteles, dirección del lugar y lugares de alojamiento temporal en el Estado o Estados miembros/ Nom et prénom de la ou des personnes qui invitent dans l'Etat membre ou les Etats membres. À défaut, nom d'un ou des hôtels ou lieu(x) d'hébergement temporaire(s) dans l'Etat membre ou les Etats membres:  VINCCI HOTEL		

LOT : KE10152  
PER : NOV 2023  
PPV : 190DH70



⇒ 204,00



LOT : KE10152  
PER : NOV 2023  
PPV : 190DH70



⇒ 204,00



LOT : KE10152  
PER : NOV 2023  
PPV : 190DH70



⇒ 204,00



LOT : KE10152  
PER : NOV 2023  
PPV : 190DH70



4 BIS rue Reaumur  
 BD Abdelmoumen Q. des Hopitaux  
 Tel /fax: 0522 .27.65.80- CASABLANCA  
 ICE:001656569000016  
 CNSS:1111781  
 IF:42005410/ TP:36308700  
 RC:185330

ADDAKOU ADIL

PILOTE VOISIN

CASA

**Facture N°: 591 584**

Ref N°: 29/08/23/ 95

<b>Libellé Produit</b>	<b>Forme</b>	<b>Qté</b>	<b>Prix unitaire</b>	<b>Tva %</b>	<b>Mnt Tva</b>	<b>Total PPV</b>
ALPERIDE 200 MG	CO	3	204,00	7%	40,04	612,00
ANXIOL 6 MG	CO	6	36,70	7%	14,41	220,20
ATHYMIC 30 MG	CO	5	98,30	7%	32,15	491,50
S-CITAP 20MG	CO	3	190,70	7%	37,43	572,10

<b>Total TVA :</b>	124,02
<b>Total à Payer:</b>	1 895,80

**La présente facture est arrêtée à la somme de:****### MILLE HUIT CENT QUATRE VINGT QUINZE DIRHAMS QUATRE VINGT CENTIMES###**

Le : 29-août-2023

Pharmacie LILAS .M  
 Mme. SEKHAT Laila  
 4 bis, Rue Reaumur, Bd. Abdelmoumen  
 Quartier des Hopitaux - Casablanca  
 Tel/Fax : 0522 27 65 80