

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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- 0022586

196136

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1954 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAMRANI OMAR

Date de naissance : 06-07-1951

Adresse : 57 RUE PELORNE 107 BEL VEDERE CASABLANCA

Tél. : 0661586727 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06.07.51

Nom et prénom du malade : Lamrani Omar Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : 03/08/2019 Le : 01/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/12/07	648,10

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### 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 :**

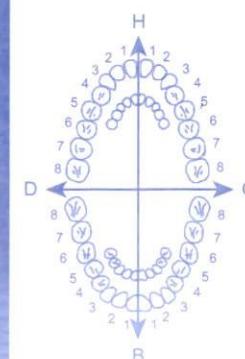
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Saâd SOULAMI**

*Professeur de Cardiologie*

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter



**الدكتور سعد السلمي**

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالألوان

15 SEP. 2023

15 SEP. 2023

Patient:

*Dr. LAMHANI*

Casablanca, le

*Med*

Travis (G3) Moi  
Traitement de

31,30x4

*SV*

*Es*

138,10x4

*SV*

*AA*

56,18x4

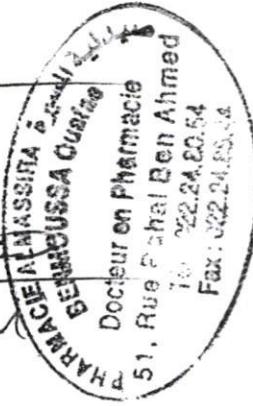
*SV*

*stone 50*

27,70x4

*SV*

*oaspirin 100*



رقة مصطفى المعاني (قرب رقة أڭادير) - الدار البيضاء 356

356, Rue Mostafa El Maâni (côté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

~~Ci-joint~~ 10 - 4  
14 - mili.

70,00 X 14,00 M<sup>2</sup>  
Trois (03) Mois  
Trimestre de  
11811  
00,00



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

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN :

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. : L AM RABH OMAR

INP : 09113092?

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 :

Hypertension artérielle

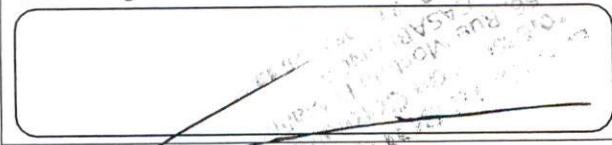
Dont ci-joint ordonnance :

Treatment prescrit : Zytac 200 - TINzaprin - Solutab 20.  
CathoAspirine 100 - Givache 100

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 15/05/2023

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

PHARMACIE AL MASSIRA  
BENMOUSSA L OUAFAE  
51 RUE RAHAL BEN AHMED EX RUE  
DINAND

Tél : 0522248054

08/01/2024

LAMRANI OMAR

FACTURE N° : 537

du 08/01/2024

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	ZYLORIC 200 COMP	31,30	93,90	7%
3	TANZAAR 100 MG 28 CPS	138,10	414,30	0%
1	ALDACTONE A FORTE 50 MG	56,80	56,80	0%
3	CARDIO ASPIRINE 100 MG BT 30	27,70	83,10	0%
Total TTC				648,10

Arrêtée la présente Facture à la somme de :  
SIX CENT QUARANTE HUIT DIRHAMS ET DIX CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	87,76	6,14	93,90
0%Ar92	0,00	554,20	0,00	554,20
		641,96	6,14	648,10

Zylo

allopurinol

20.

28 comprimés  
Volez à la force de l'efficacité

LOT 231793  
EXP 05 2027  
PPV 31.30

x 2 Ged



Sous licence des laboratoires ASPEN PHARMA TRADING LIMITED

aspen

LOT 223945  
EXP 11 2026  
PPV 46.70 DH

ZYLORIC 100 mg  
Boîte de 100 comprimés  
A.M.M. N° 63 DMP/21/INTT  
SOTHEMA BOUSKOURA Remboursable AMO



6 118000 071563



28 comprimés de 100 mg

TANZAAR® 100 mg

6 118000 070280

Bayer S.A.  
P.P.V. : 27,70 DH  
Acide acétylsalicylique  
Cardioaspirine 100 mg/30cpls

6 118000 070280

Bayer S.A.  
P.P.V. : 27,70 DH  
Acide acétylsalicylique  
Cardioaspirine 100 mg/30cpls

6 118001 090280

Bayer S.A.  
P.P.V. : 27,70 DH  
Acide acétylsalicylique  
Cardioaspirine 100 mg/30cpls

6 118001 090280

Bayer S.A.  
P.P.V. : 27,70 DH  
Acide acétylsalicylique  
Cardioaspirine 100 mg/30cpls

6 118001 090280

Bayer S.A.  
P.P.V. : 27,70 DH  
Acide acétylsalicylique  
Cardioaspirine 100 mg/30cpls

6 118001 090280

Bayer S.A.  
P.P.V. : 27,70 DH  
Acide acétylsalicylique  
Cardioaspirine 100 mg/30cpls

6 118001 090280

x 3 Ged

138 nr