

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>3507</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BOUSSAR HANE Souad EPKI Mou INTASSER</b>			
Date de naissance : <b>31/10/1958</b>			
Adresse : <b>B.D. Sidi ? Abderrahmane Aïn Diab Resid n° im Dlob II IMM e N°10 EPCA 06 61 15 81 80</b>			
Tél. : <b>17 88,60</b> Total des frais engagés : <b>Dhs</b>			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>1</b>
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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.

Le : **24 DECEMBRE 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
.....	.....	.....	.....	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIREDJ-Roukia 15 - 16, Rue Kergomar Résidence Ambar Casabianca Tel. 022 79 78 01</i>	<i>PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE SKIREDJ-Roukia 15 - 16, Rue Kergomar Résidence Ambar Casabianca Tel. 022 79 78 01</i>	<i>1788,60</i>

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### AUXILIAIRES MEDICAUX

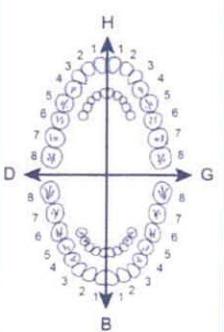
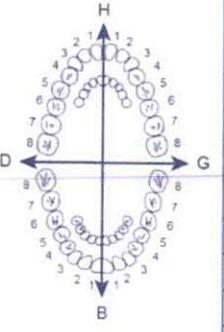
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																
<b>DEBUT D'EXECUTION</b>																
<b>FIN D'EXECUTION</b>																
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>																
<b>MONTANTS DES SOINS</b>																
<b>DATE DU DEVIS</b>																
<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																



**valable 3 mois**

Le ..... / ..... /20.....

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

MOUNTASSIR SOUDOUKOU MOUSSA

Certifie que M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M. : MOUNTASSIR SOUDOUKOU MOUSSA

Présente

HTA Sénile

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Plaquette de 06 mois renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr Alami Mohamed  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi.  
Residence Jawhara  
Casablanca 20200

## ORDONNANCE

20/02/2019

MOUNTASSIR SOUAD

180 x6  
APROVEL 300

1cp a 8h



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg. cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg. cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg. cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH

53,00x6  
MIBRAL 5

1cp 8h



20h

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg. cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg. cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
APROVEL 300 MG CP B28  
P.P.V : 218DH00

16260  
NEBILET 5

1/2cp 8h



PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
EXTRÉME J. Roukia  
15 - 17 Avenue Kérgomar  
Résidence Amber - Casablanca  
Tel. 022 75 79 01

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264 Bd Ghandi Casablanca  
04. 022 390112; Urgences 061157806  
01. 022 390112

6 mois

LOT: 191081 EXP: 12/21  
PPV: 53DH00

LOT: 191080 EXP: 12/21  
PPV: 53DH00

53,00

LOT: 191080 EXP: 12/21  
PPV: 53DH00

nés  
E GROUP  
LOT: 191079 EXP: 12/21  
PPV: 53DH00

LOT: 193083  
EXP: 02/22  
PPV: 53DH00

# Pharmacie Sidi Abderrahman - Casablanca

Roukia SKIREDJ

0522797901

15,16 rue kergomar,residence ambar, Casablanca



**Facture N° 20191223-893**

Date de vente : 23/12/2019  
Médecin traitant :

**MOUNTASSIR SOUAD**

Maroc

## Produit

	Qté.	P.U	TVA	Total
NEBILET CO 5MG B28 COMP	1	162,60	Exonéré (0.00%)	162,60
MIBRAL CO 5MG B30 COMP	6	53,00	Exonéré (0.00%)	318,00
APROVEL CO 300MG B28 COMP MV	6	218,00	Exonéré (0.00%)	1 308,00

PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
Rue 15, 16, Kergomar, Casablanca  
Résidence Ambar, Casablanca  
Tel: 022 79 79 01

Total HT	1 788,60 DHS
TVA	0 DHS
<b>Total</b>	<b>1 788,60 DHS</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de : mille sept cent quatre-vingt-huit DHS et soixante centimes**