

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-468220

13684

maladie chronique

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3507 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUSSARHANE Souad KPI' MOUNTASSIR

Date de naissance : 31/08/1958

Adresse : B.D. Souad Abderahmane Ain Diab  
Resid. H. M. D. II IMM. N° 10 EPCA

Tél. : 06 61 15 81 80 Total des frais engagés : 1788,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

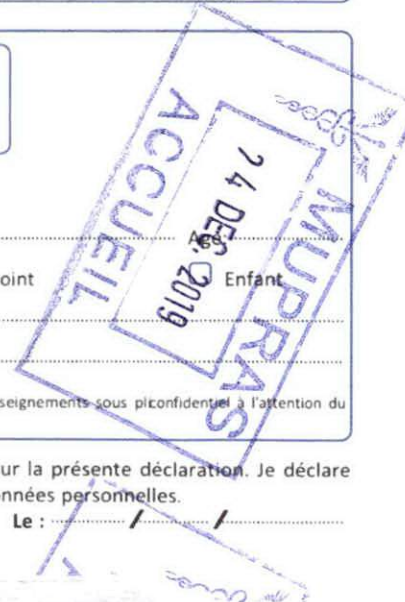
Nature de la maladie :

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 : / /



### RELEVÉ 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

1788,60

### 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  AM  PC  IM  IV  Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

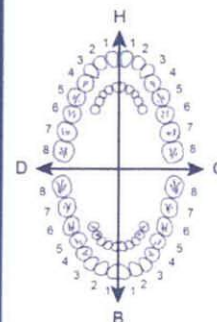
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

#### SOINS DENTAIRES

Dents Traitées  Nature des Soins  Coefficient

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

#### O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

#### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D G  
00000000 00000000  
35533411 11433553  
B

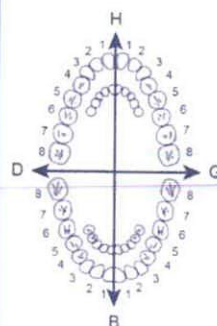
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



☒ **valable 3 mois**

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

<b>DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE <input checked="" type="checkbox"/></b>	
(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)	
Je soussigné :	HOUSSEIN A. EL BOUKRI 224 Bd. Gares
Certifie que Mlle, Mme, M. :	MONTASSIR SOUFI 05 22 78 14 15
Présente	HTA Sévère
Nécessitant un traitement d'une durée de :	traitement de 06 mois renouvelable
Dont ci-joint ordonnance :	
(à défaut noter le traitement prescrit)	

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

## ORDONNANCE

20/02/2019

MOUNTASSIR      SOUAD

180 x 6  
**APROVEL 300**

1cp      a 8h

53,00 x 6  
**MIBRAL 5**

1cp      8h

16260  
**NEBILET 5**

1/2cp      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  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V: 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V: 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V: 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V: 218,00 DH  
6 118001 080908

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ 20250 - Casablanca  
APROVEL 300 MG CP B28  
P.P.V: 218DH00  
6 118001 080908

6 mois

7 - 1788,60  
PHARMACIE SIDI ABDERRAHMANE  
SOUAD  
15 - Rue Kergomar  
Résidence Amber - Casablanca  
Tel. 022 78 79 01

Dr ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
64 Bd Ghandi - Casablanca  
Bl. 02 22 39 01 15 78 03

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

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

53,00

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

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  
Roukia SKIREDJ  
15 - 16 rue Kergomar  
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**