

## 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 :

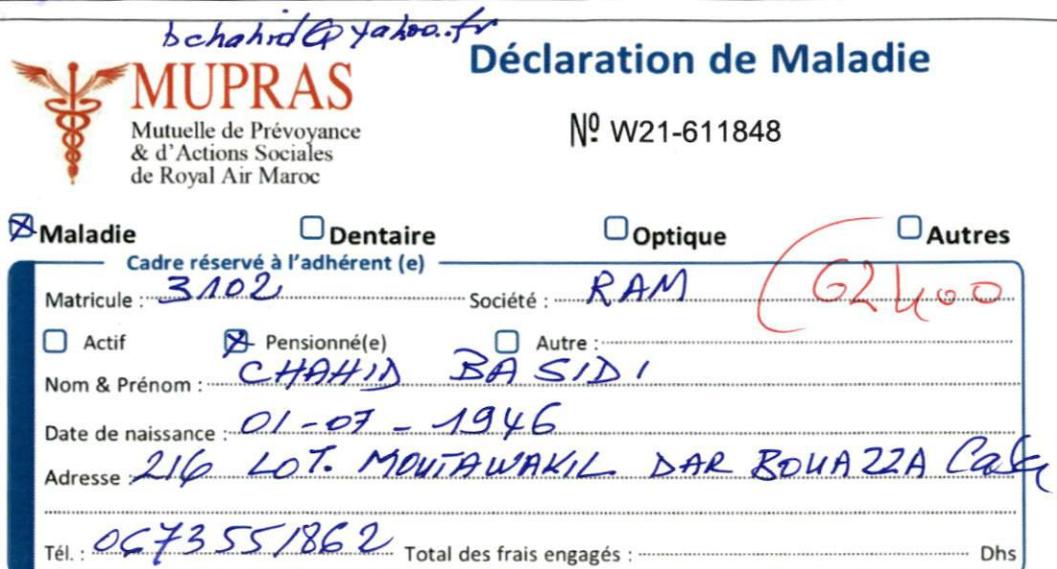
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

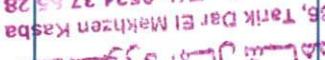
- Réclamation : contact@mupras.com
  - Prise en charge : pec@mupras.com
  - Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

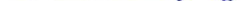
**MUPRAS** :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 <b>DR. AMEL CHAHID</b>	
Date de consultation : <b>06/03/2021</b>	
Nom et prénom du malade : <b>BAT - ST ETI</b>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>HTA + ATD</b>	
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 :  Le : 06 / 07 / 2029

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/03/2029

### 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
06/03/2014	C	1	190.90	INP : 1071217038 MÉDECIN : DR. A. KOUUCH - TÉL: 055 21 12 11 DATE : 06/03/2014

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
06/03/2014 PHARMACIE A. KOUUCH LAHLALA, BOUZA, 52, 54 TÉL: 02 96 52 64 GSM: 061 86 02 19	06/03/2014	3260.00

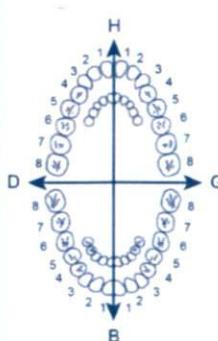
### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

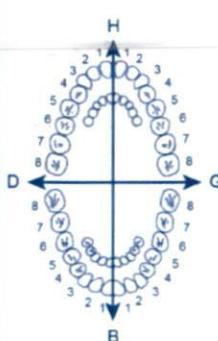
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Seed BOUJARZEA WAKTIRI  
PHARMACEAEL OUMRANE  
LAHLAFI, DAR KOUCH  
DABOURAZZA  
Tél. 022 - 98 52. 54  
0344 - 001 - 85 . 02 . 18

Facture N° 31

M: Charles Bagshaw

Quantité	Désignation	P. Unit.	P. Total
①	NOVofine 8 ml.	280,00	280,00

# Docteur Amal CHAHID

## OMNIPRATICIENNE

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Echographie Générale (FMPM)

D.U. de Gynécologie Médicale et Infertilité Bordeaux (France)

D.U. de Diabétologie et Nutrition Bordeaux (France)

## الدكتورة أمال شاهد

الطب العام

خريجة بكلية الطب والميدicina  
بالدار البيضاء

الفحص بالصدى الصوتي  
(كلية الطب مراكش)

شهادة جامعية - طب النساء  
والعقم (جامعة بوردو فرنسا)

شهادة جامعية - أمراض السكري  
(جامعة بوردو فرنسا)

Marrakech, le 06/03/2024 مراكش، فر

380,- x 4 = 1400,00 BA - 55,- C M A H I D

① Riatard 30 ml 20 ml 7 16 ml 3

280,00

② Aiguille 25 ml 125,-

138,00 x 4 = 552,- Boîte de 120

③ AccuCheck active 4 test

120,00 x 4 = 480,00

④ I.C.A.R 150,-

78,20 x 4 = 312,80 le mardi

⑤ Amer 12 ml 4 le vendredi

28,80 x 9 = 259,20 le vendredi

⑥ Glucovil 50,-

3260,00

Seed BOUZIANE MARTINI  
PHARMACIE BOUZIANE  
LAHLAFI 100 BOUZZA  
T: 022 886 52 54  
GSM: 061 88 02 15

186، طريق دار المخزن، قصبة الدار البيضاء، الدار البيضاء - مراكش - الهاتف: 05 24 37 85 28

186, Rue Dar El Makhzen Kasba Face Pharmacie Al Khalif - Marrakech - Tel: 05 24 37 85 28

DR. Amal CHAHID

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH



6 118001 120246

Mixtard® 30 Penfill  
100U/ml  
Suspension injecta  
5 cartouches de 3l  
PPV : 350 DH

6 118000

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH

6 118001 120246

Mixtard® 30 Penfill®  
100U/ml  
Suspension injectable  
5 cartouches de 3ml  
PPV : 350 DH

6 118001 120246

GTIN (C) PPC: 135,00 Dhs

PPC: 135,00 Dhs 4

GTIN PPC: 135,00 Dhs<sup>14</sup>GTIN PPC: 135,00 Dhs<sup>14</sup>

LOT : 201277  
UT AV: 08/2023  
PPV: 120,000DH

75,20

75,20

75,20

75,20

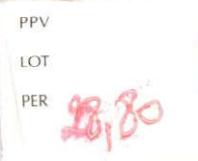
PPV

LOT 28,80

PER



28,80



28,80



28,80

PPV

LOT 28,80

PER



28,80



28,80



28,80

28,80

