

# 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.

**Biologie 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

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° M21- 0052920

☐ Maladie
 ☐ Dentaire
 ☐ Optique
 ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3161
 Société : RAM

☐ Actif
 ☐ Pensionné(e)
 ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUJTABID ABDEERRAHIM

Date de naissance : 14 05 1955

Adresse : CITE Djemaa Rue BANOJ Japula 05  
CASA

Tél. : 0661 72 75 46
 Total des frais engagés :
 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 

Dr. Samira GUASMIAT  
 Médecin Généraliste  
 C. U. d'Echographie Générale  
 Temila 3, Rue 62 N° 3 Cité Djemaa  
 CASABLANCA  
 Tél. 022 59 75 70 - 065 33 69 98

Date de consultation : 22 / 11 / 2021

Nom et prénom du malade : MOUJTABID Abdelouahid
 Age :

Lien de parenté :
 ☐ Lui-même
 ☐ Conjoint
 ☐ Enfant

Nature de la maladie : DM2D + HTA

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 : 22 / 11 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : AB

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
22/11/21	G	G	120 DH	 Dr. Samira GUASMI Médecin Généraliste C.U. Echographie Générale Jamila 5, Rue 61 No 3 Cité Djemal ASABLANCA 9570 = 065 35 69 97

<p>                 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes             </p>	<p>                 Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes             </p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>           PHARMACIE SBAIA CASA SARL AU            259-261, BD SAKIA EL HAMRA,            JAMILA 5 CD - CASABLANCA            Tél.: 05 22 37 19 15            IF: 50484284 - TP: 37380988            RC: 517591 - INPE: 092052562         </p>	22/11/2021	1127,80

[illegible][illegible]

**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 d

**Important :**

**Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de**

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. Samira GUASMIATE  
Omnipraticienne  
C.U. Echographie générale  
ICE : 001716682000066

Casablanca, le

22/11/21

PHARMACIE SBATA CASA SARL AL  
259-261, BO SAKIA EL HAMRA,  
JAMILA 5 CD - CASABLANCA  
Tél: 05 22 37 19 15  
IE: 5048284 - TP: 37380988  
N° 7191 - INPE: 092052662  
ICE: 002865498000Q15

ORDONNANCE

M<sup>R</sup> MOUSTAHD Abderrahim

- 78.70 x 2 1/ Diamicon 60 mg. gp.  
2 cp le matin, 2 cp le soir
- 54.00 x 2 2/ Ronyphid min 5 mg gp.  
4 cp le matin
- 390.00 3/ Godelus Det  
1 cp x 2
- 75.50 4/ Bi-Analgyf  
1 cp
- 47.20 5/ T. Nourash  
1 gila
- 39.70 6/ Fucidine 2%  
1 applicat x
- 120.00 7/ P. Coll Dr
- 130.00 + Staph

LOT : 8MAS66  
UT. AV : 04-23  
P.P.V : 52DH40

SMECTA 3G  
SACHETS B30

P.P.V : 52DH40

118006 011460

LOT : 8383  
UT. AV : 04-23  
P.P.V : 75 DH 50

LOT : 9766  
UT. AV : 06-26  
P.P.V : 47 DH 20

Fucidine® 2%  
pommade Tube de 15 g

39,70

1127.80

Dr. Samira GUASMI  
Médecin Généraliste  
C. U. d'Echographie Générale  
Jamilia 5, Rue 62 N° 3 Cité Djemaa  
CASABLANCA  
Tél: 022 59 75 70 = 065 35 69 88

78,70

54,00

PER 8-20

78,70

54,00

PER 8-20

PER 8-20

Handwritten notes in blue ink, mostly illegible due to fading and bleed-through.

**PHARMACIE SBATA**  
259 SAKIA AL HAMRA CASABLANCA  
PHARMACIE SBATA CASA



**TAZI RAFIA**  
PHARMACIE SBATA CASA  
DOCTEUR EN PHARMACIE  
ICE 001632349000079

R.C : 4276  
T.V.A :  
Banque:  
Tél : 05-22-37-19-15

Patente: 37426120  
C.N.S.S: 1579088

Le 22/11/2021

**FACTURE N°573686**

Prescripteur : **SAMIRA GUASMIATE**

**MOUJTAHID ABDERRAHIM**

Désignation	Quantité	PPM	Total
ON CALL SURE BANDELETTES/50	1	190,00	190,00
ON CALL SURE GLUCOMETRE KIT	1	120,00	120,00
<div><b>PHARMACIE SBATA CASA SARL AU</b> 259-261, BD SAKIA EL HAMRA, JAMILA 5 CD - CASABLANCA Tél: 05 22 37 19 15 IF : 5040114 - TP : 37340988 RC : 517391 - INPE : 092052662 ICE : 002865498000015</div>			
<b>Total =</b>			<b>310,00</b>

**Arrêté la présente facture à la somme de :**  
**Trois Cent Dix Dirhams.**