

# 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.

## Mediologie 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.

## Education :

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.

## Orthothérapie :

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

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° P19- 055377

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 285 Société : SAOIS 201520

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : M. BEN AMAR Abdelhamid

Date de naissance : 08/07/1937

Adresse : Hay EL HANA Rue 36 MEDEGHIRA

N° 104 Casablanca

Tél. 0661 72 67 17 Total des frais engagés : 2736,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

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

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.

Fait à : Coqua

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 27/10/12

#### **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 Fourmeleur	Date	Montant de la Facture
 HROUDCH Zakia E.P. N° 1, 34 Quai Bab El Oued Tel. 0522 50 51 03 Casablanca	27 01 2022	2736,90

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## 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'ORL.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



# PHARMACIE OUED BEHT(OB PHARMA)

2 BD OUED BEHT BLOC B EL OULFA

5285

R.C :250415

Patente:37986873

T.V.A :40456596

C.N.S.S:2026351

Tél :0522 90 51 03

Le 27/01/2022

**FACTURE N°687161**

N° ICE : 000198418000024

**MR BEN AMAR ABDELHAMID**

N° IF : 40456596

**ICE N° :**

Qté	Désignation	PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
14	LASILIX B/20 CP	34,60	484,40		
11	CARDIOASPIRINE 100MG	27,70	304,70		
7	CARDENSIEL 2,5MG BTE 30	50,70	354,90		
11	REDLIP 20 30CP	97,60	1 073,60		
9	ALDACTONE 50MG COMP G	57,70	519,30		



**TOTAL T.T.C :**

**2 736,90**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Deux Mille Sept Cent Trente Six Dirhams et 90 centimes.

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E012  
PER.07 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :20E018  
PER.05 2024

Lasilix 40mg  
20 Cp séc  
P.P.V : 34DH60  
LOT :21E012  
PER.07 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E012  
PER.07 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E012  
PER.07 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :20E018  
PER.05 2024

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :20E018  
PER.05 2024

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E010  
PER.01 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E005  
PER.05 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E005  
PER.05 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E01  
PER.01 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :20E018  
PER.05 2024

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E01  
PER.01 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E001  
PER.01 2025

LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V :34DH60  
LOT :21E001  
PER.01 2025

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7862160246

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

7862160246

Com Cardensiel 2,5mg B30  
PPV: 50,70 DH

7862160248

P.P.V: 57DH70  
LOT: B26F08  
EXP: 09.2022

P.P.V: 57DH70  
LOT: B26708  
EXP: 09.2022

P.P.V: 57DH70  
LOT: B26708  
EXP: 09.2022

P.P.V: 57DH70  
LOT: B25144  
EXP: 09.2022

P.P.V: 57DH70  
LOT: B25638  
EXP: 11.2022

P.P.V: 57DH70  
LOT: B24677  
EXP: 06.2022

P.P.V: 57DH70  
LOT: B25638  
EXP: 11.2022

P.P.V: 57DH70  
LOT: B25144  
EXP: 09.2022

97,60

97,60

97,60

LOT: 202922 EXP: 02/23  
PPV: 97DH60

97,60

97,60

97,60

97,60

97,60





Moul 225

valable 3 mois

Le 20/11/2022

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné : Dr. EL MAKHTOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh Casablanca  
Tél 0522 29 55 59 / 0522 29 55 59

Certifie que Mlle, Mme, M. : BEN AMAR Abdellah

Présente

Ondysrthie et sciatique

Nécessitant un traitement d'une durée de :

De longue durée et sans interruption

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. EL MAKHTOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med Abdouh Casablanca  
Tél 0522 29 55 59 / 0522 29 55 59

site : www.mupras.com // mail : 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