

**COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

**Prescriptions 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, prothèses multiples, parodontologie, 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 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

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° M21- 0003199

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 11619      Société : RAM 115759  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : ABRATE MILOU D  
 Date de naissance : 1938  
 Adresse : S.S. Bernoussi 17 avenue 2 bloc 53 n°21  
 CASA  
 Tél. : 0665 495043      Total des frais engagés :      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 : ..... Le : ...../...../.....  
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

Signatures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Signature du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>		3232,60

**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
		AM	PC	IM	IV	

6 118000 360247  
BESTOR\* 10 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés

159,40

159,50

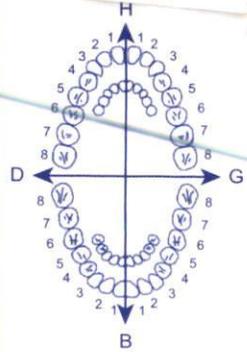
Bipreterax\*  
Arginine 10 mg / 2,5 mg  
Péridine/ arginine/ Indapamide  
30 Comprimés pelliculés

159,50

114,70

6 118000 360247  
BESTOR\* 10 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés

159,50



XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

159,40

6 118001 090808

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

6 118001 090808

XARELTO 20 mg  
Rivaroxaban  
28 cps  
P.P.V : 629,00 DH  
Bayer S.A.

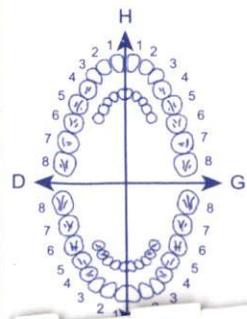
6 118001 090808

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 061847  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

159,50



6 118001 090808

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 061847  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

LOT : 21E008  
PER.: 05 2025  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 066468  
LASILIX 40MG  
20CP SEC  
P.P.V : 34DH60

6 118000 061847  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 061847  
KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

PHARMACIE IBTISSAMA  
MME BEN BADI IBTISSAM

Patente N°: 31638968  
N° R.C. : 276394  
Compte : 2121154674550004  
CNSS : 6092184  
Id.Fiscale : 52803212  
ICE : 001620174000071

Tél: 0522730788

Le : 27/04/2022

HAMROUDI ZOHRA

PHARMACIE IBTISSAMA  
Ben Badi Ibtissam  
Pharmacienne  
N°67, N° 43, Mansour 3, Sidi Bernoussi,  
Casablanca, Tél: 022 73 07 98

FACTURE : 18252 du : 27/04/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
3	BESTOR 10MG BT30CP	159,40	478,20	0,00%
4	BIPRETERAX 10 MG BT/30 CPS	159,50	638,00	0,00%
2	KARDEGIC 75 MG/SH	30,70	61,40	0,00%
5	LASILIX 40MG BT/20 CPS	34,60	173,00	0,00%
3	XARELTO 20 MG BT 28CPS	629,00	1 887,00	0,00%
Total TTC			3237,60	
Droits de timbre			8,09	
Net à payer			3245,69	

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DEUX CENT QUARANTE CINQ DIRHAMS ET SOIXANTE NEUF CTS

	Taux	HT	TVA	TTC
0%Ar91	0,00	3 237,60	0,00	3 237,60
		3 237,60	0,00	3 237,60

PHARMACIE IBTISSAMA  
Ben Badi Ibtissam  
Pharmacienne  
N° 67, N° 43, Mansour 3, Sidi Bernoussi,  
Casablanca, Tél: 022 73 07 98