

# 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 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

- Reclamation : 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)

M22- 0011727

MUD

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1729 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OTHAOUF lakier

Date de naissance : 30/06/51

Adresse : Rehlaoui Nadia - Casablanca

Tél. : 06 61 29 42 55 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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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) : .....



## 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 Fournisseur	Pharmacienne	Date	Montant de la Facture
ARMAMENTEN M'SICK Dr KHENI 184, 10 H. Y salatin 3 - Casablanca Tél 0522 37-01-25 - Fax: 0522 59-55-75	Med BOUZIANE	20/06/22	696,60

## 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
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est pré 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# صيدلية ابن مسick

## PHARMACIE BEN M'SICK

LATIFA KHENBOUBI

Pharmacienne Biologiste

Casablanca, le

02/06/2022

*M. Ouf leher*

FACTURE N° 1172000

Article	Qté	P.U.	Montant
Cordia 6,25	04	44,00	176,00
Cordia A SPIRINE	04	27,70	110,80
Amber 5 mg 156	03	136,60	409,80
ARRÊTÉE la présente facture à la somme			696,60
de six cent quatre vingt seize dirhams			
et soixante centimes			
<b>PHARMACIE BEN M'SICK</b>			
Dr LATIFA KHENBOUBI Pharmacienne			
182-34-3 Mohamed BOUZIANE			
Hay salama 3 - Casablanca - 20.700			
Tél. 0522 37 01 25 - Fax: 0522 59 55 77			
			<b>TOTAL</b>
			<b>696,60</b>

# CABINET DE CARDIOLOGIE



Dr. Miloud KASSIOU  
Cardiologue

Diplômé de la Faculté de Médecine d'Angers (France)  
Ancien attaché des Hôpitaux de la Loire  
Ex. Médecin Cardiologue à l'Hôpital Sidi Soufi Casablanca

31/3/2001  
Casablanca, le

Chaoof Lalicas

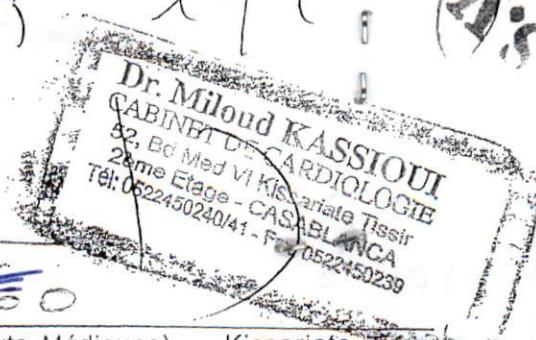
PHARMACIA  
Dr. Latifa KHEDDOUBI Pharmacienne  
182-184 Bd. Mohamed VI Casablanca - 20.700  
Tel: 0522 37-01-25 - Fax: 0522 59-55-77



44,00

PHARMACIE BEN M'SICK  
Dr Latifa KHEDDOUBI Pharmacienne  
182-184 Bd. Mohamed VI Casablanca - 20.700  
Tel: 0522 37-01-25 - Fax: 0522 59-55-77

89,20  
136,60



52, Bd Mohamed VI (Ex. Route Médiouna) - Kissariate Tissir  
2ème Etage - Casablanca - Tél. : 0522 45 02 40 / 41 - Fax : 0522 45 02 39

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

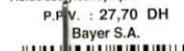


Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acétysalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.



6 118001 090280

20 comprimés

LOT : 188  
PER : JAN 2025  
PPV : 44 DH 00

LOT : 188  
PER : JAN 2025  
PPV : 44 DH 00

LOT : 188  
PER : JAN 2025  
PPV : 44 DH 00

LOT : 188  
PER : JAN 2025  
PPV : 44 DH 00

UT.AV : 01 2025 P.P.V.

LOT N° : FT 4012 136 60

UT.AV : 01 2025 P.P.V.

LOT N° : FT 4012 136 60

UT.AV : 01 2025 P.P.V.

LOT N° : FT 4012 136 60

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

### Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

CHAOUËT Lahcen

Matricule :

1729

N° CIN :

804283

Adresse :

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

DR. Miloud KASSIOU  
CABINET DE CARDIOLOGIE  
52, Bd Ali Ben Youssef, 1000  
Casablanca  
Tél: 0522450239

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M.

52, Bd Ali Ben Youssef, 1000  
Casablanca  
Tél: 0522450239

Nécessitant un traitement d'une durée :

< 3 mois

Entre 3 et 6 mois

A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Cardiopathie ischémique + HTA

Dont ci-joint ordonnance :

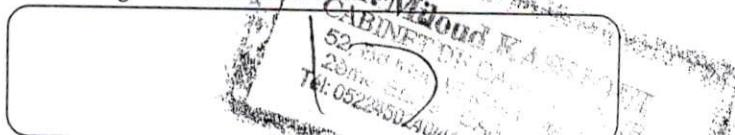
Traitement prescrit :

Amber, Cardiaffin, Cardicor

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASABLANCA 1000

Cachet et signature du médecin traitant



**PHARMACIE BEN M'SICK**  
Dr. M. KASSIOU, Médecin Pharmacien  
182, Bd Ali Ben Youssef, Casablanca - 20700  
Hay Salma, Casablanca - 20700  
Tél: 0522370225 - Fax: 0522595571

\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées