

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.



Declaration de Ma

N° W21-721304

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1183 Société : NO 1354

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : NO 1354

Nom & Prénom : HABACHI Mohammed

Date de naissance : 01-01-1948

Adresse : 00 Rue Brahim Nekkaz, Maarif, ex-Vernon

Tél : 0661133679 Total des frais engagés : 697,40 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mo LAD 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'at: médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : Casablanca Le : 4 / 7 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

PHARMACIE LA BRISE
38 Rue Abou Abbes Al Azfi
Marrakech - Casablanca
Tél.: 05 22 99 07 10
Fax: 05 22 99 07 03

05/05/2022 697,40 DHs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

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

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Pharmacie LA BRISE -

Narjiss SELASSI

0522990710/0622927010

38, rue abou abass el azfi. Maarif. , Casablanca



Facture N° 20220701-292

Date de vente : 05/05/2022
Médecin traitant :

MOHAMED HABACHI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
CARDIOASPIRINE CO 100MG B30 COMP	2	27,70	Exonéré (0.00%)	55,40
NEBILET CO 5MG B28 COMP	2	87,50	Exonéré (0.00%)	175,00
NATRIXAM CO 1.5MG/5MG B30 COMP	2	79,90	Exonéré (0.00%)	159,80
COVEPRAN CO 300MG/25MG B28 COMP	2	153,60	Exonéré (0.00%)	307,20

153,60

153,60

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE
NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

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

Total HT	697,40 DHS
TVA	0 DHS
Total	697,40 DHS

14010042
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
6 118001 130184
PPV : 79,90 DH

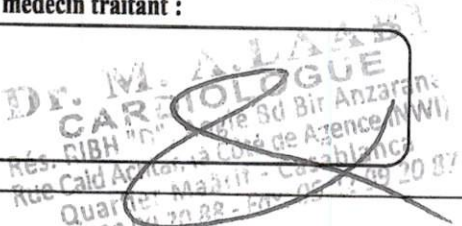
14010042
NATRIXAM 1,5 mg / 5 mg
30 comprimés à Libération Modifiée
6 118001 130184
PPV : 79,90 DH

présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-dix-sept
DHS et quarante centimes

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

PHARMACIE LA BRISE
38, rue Abou Abass El Azfi. Maarif ext. Casablanca
Tel : 05 22 990 710 - 05 22 990 710 - 05 22 990 710
@ parclabrise@gmail.com
TVA : 0522990710/0622927010

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom : HABACHI MOHAMMED	
Matricule : 1183	N° CIN : B53531
Adresse : 100, Rue Brahim Nakhal, Maarif expression Casablanca	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Nom et prénom : Dr LABBI	Spécialité : Cardiologue
CE : 091166983	N° INPE : 091166983
Titulaire que Mlle, Mme, M. : HABACHI MOHAMMED	
Reçoit un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
HTA	
Symptômes cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : HTA chronique depuis 1995	
Prescription ci-jointe ordonnance :	
Traitement prescrit : Sous traitement S/I, Couprone 300/25 Nifedipine S/I, Cardiomagnone.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables Date : Casablanca le 28/05/2022 et signature du médecin traitant :	
 DR. M. LABBI CARDIOLOGUE Rés. RIBH "C" - 1ère Sd Bir Anzaran Rue Caïd Achkar - Casablanca Quartier Maârif - Casablanca 2022 - Tél. 0522 20 88 - Fax 0522 20 87	

déclaration est renouvelable une fois

Application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées