

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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)



## Déclaration de Maladie

N° W19-582585

Mo 29

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <b>00683</b>		Société : <b>RAM</b>	
<input type="checkbox"/> Actif <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : <b>AOUAD M'HAMED</b>	
Nom & Prénom : <b>AOUAD M'HAMED</b>			
Date de naissance : <b>11.12.1943</b>			
Adresse : <b>256 B<sup>e</sup> DE BORDEAUX ETG 5 APP 4<sup>e</sup> 10 CASABLANCA</b>			
Tél. : <b>06 63 18 80 44</b> Total des frais engagés : <b>180,12 Dhs</b>			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
MUPRAS	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <b>AOUAD M'HAMED</b> Age : <b>79 ans</b>	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : <b>maladie Chronique</b>	
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 : **94.11.2022**  
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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>MACIEN Pharmacie en ligne 139 boulevard Ribolanc - Tel: 03 22 20 92 20</i>	<i>24/11/22</i>	<i>801,10</i>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
				Coefficient des travaux <input type="text"/>	
				Montants des soins <input type="text"/>	
				Début d'exécution <input type="text"/>	
				Fin d'exécution <input type="text"/>	
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <b>H</b>				Coefficient des travaux <input type="text"/>
	D	25533412 00000000	21433552 00000000	<input type="text"/>	
	G	35533411	11433553	<input type="text"/>	
	B			<input type="text"/>	
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Date du devis <input type="text"/>	
				Date de l'exécution <input type="text"/>	

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur RACHID EL HACHMI

CARDIOLOGUE-STIMULISTE

DIPLOME DE LA FAC. DE MEDECINE-RENNES  
FRANCE  
222, BD ROUDANI -MAARIF-CASA

CASABLANCA, le : 19/10/2022

Ordonnance

## M. AOUAD M'HAMED

- 1° CO-IRVEL 150/12.5 134,50 :1cp matin 1j/2
- 2° PLAVIX 316,00 :1cp matin
- 3° CARDIOASPIRINE 27,70 :1cp midi
- 4° ZYLORIC 300 43,20 :1cp soir 1j/2
- 5° NOLIP 10 157,10 :1cp soir 1j/2
- 6° DETENSIEL 10 72,00 :1cp matin
- 7° PRINCIB F 50,60 :1cp matin et soir



PHARMACIE MY YOUSSEF  
Salma CHERIF D'OUAZZANE  
139 Boulevard My Youssouf  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 0904 0

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma  
7882160236

PPV  
LOT  
PER  
50,60 /

PPV  
LOT  
PER  
50,60 /

Dr. Rachid EL HACHMI  
CARDIOLOGUE  
222, Bd. Brahim Roudani  
Tel: 05.22.99.18.78 - CASABLANCA

PHARMACIE MY YOUSSEF  
Salma CHERIF D'OUAZZANE  
139, Boulevard My Youssouf  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25  
INPE: 092043355

verso page le 18/11/23

CASABLANCA, MAROC

PHARMACIE MY YOUSSEF

SELMA CHERIF D'OUAZZANE

139 BD MOULAY YOUSSEF

CASABLANCA

Taxe Profes. N°: 35405678

N° R.C. : 311840

N° ID.F. : 40100310

N° ICE: 001597613000058

N° CNSS : 6387733

Tel : 022222725

Fax : 022480768

MR AOUAD MHAMED

I.C.E. :

Le : 24/11/2022

FACTURE N°: 9011/22

Qté	Désignation	Prix	Montant
1	CO-IRVEL 150/12.5 MG BT 28 CPS	134.50	134.50
1	PLAVIX 75MG 28CPS	316.00	316.00
1	CARDIOASPIRINE 100MG 30CPS	27.70	27.70
1	ZYLORIC 300 COMPS.28	43.20	43.20
1	NOLIP 10 MG BT 30 CPS	157.10	157.10
1	DETENSIEL 10MG COMPS/30	72.00	72.00
1	PRINCI B FORT COMPS.30	50.60	50.60

TVA 7%: 14.94 Total : 801,10

Arrêtée la présente Facture à la Somme de :

HUIT CENT UN DIRHAMS ET DIX CTS

PHARMACIE My YOUSSEF  
Selma CHERIF D'OUAZZANE  
Docteur en Pharmacie  
139, Boulevard My Youssef  
Casablanca - Tél: 05 22 22 27 25

INPE:092043355