

## 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

N° W21-775877

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **1430**

Société :

**140857**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **ENNASSA BENDAOUD**

Date de naissance : **31/12/1953**

Adresse : **17 LOT. ALD EL KABIR NTE D'AZEMOUR**

CASABLANCA

Tél. : **0661 32 12 02**

**657,60**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Dr. Saad SOULAMI**  
Professeur de Cardiologie  
356, Rue Mostafa El Maâni  
CASABLANCA

Date de consultation : **21/05/2022**

Nom et prénom du malade : **ENNASSA BENDAOUD**

Age :

Lien de parenté :  Membre de la famille  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **HT** **hypertension**

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 : **21/05/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **ENNASSA BENDAOUD**



Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Hoporiaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/01/2012	3	8	240	INP: 08013092 Dr. Saad S Professeur de Cardiologie 356, Rue Mostafa El Maâni CP-5011-CA 21/01/2012

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE HAY EL MATAR Dr. EL HADDOUKI Hakim 25 Oum Rabii Oulfa - Casablanca 05 22 93 20 26	21/09/2022	65 F, 60

## 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				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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saâd SOULAMI  
Professeur de Cardiologie



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris  
Echo Doppler Couleur - Holter

إخلاصي في أمراض القلب والأوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى والدوبلير بالالوان

Patient: ENNASR

Casablanca, le 21/09/2022

ADIEZA



10  
140,00 x 3

AV CIBIS CS  
1 - 0 - 1

Trois (03) Mois  
Traitement de:

20  
70,00 x 2

Ciastne  
f (p) la Selu



Trois (03) Mois  
Traitement de:

Ciastne 20 ml  
f (p) f (p) 12



Trois (03) Mois  
Traitement de:



Dr. EL MABROUKI Hakim  
PHARMACIE HAY EL MATAR  
Dr. Saâd SOULAMI  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Casablanca  
Tél: 05 22 21 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél. / Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96  
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

657,60

Dr. Saâd SOULAMI  
PHARMACIE HAY EL MATAR  
356, Rue Mostafa El Maâni  
Casablanca  
Tél: 05 22 21 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél. / Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96  
CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

856 - زقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أڭادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 21 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél. / Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

# ANGINIB® 50mg

Losartan

56 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

LOT : 287  
PER : JUN 2025  
PPV : 140 DH 00

# ANGINIB® 50mg

Losartan

56 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

LOT : 287  
PER : JUN 2025  
PPV : 140 DH 00

# ANGINIB® 50mg

Losartan

56 Comprimés pelliculés



PHARMACEUTICAL INSTITUTE

LOT : 287  
PER : JUN 2025  
PPV : 140 DH 00

# CIVATIME

## Simvastatine

mag  
10

bottom

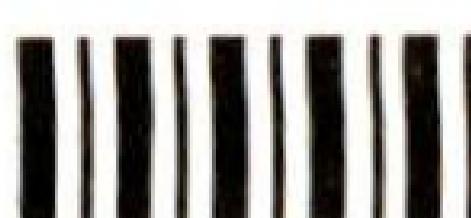
12. *Alleged Circumstances - Akin Sodomy - Circumstances*

S. Brüsseck - Pharmacie Rückenmark

PPV: 700H00

PER:06/24

LOT: L1954



**CLIVASTINE**

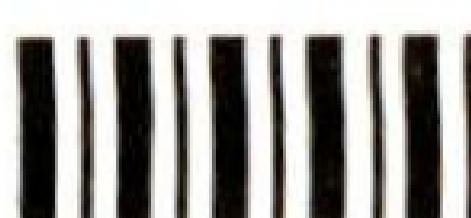
Simvastatine

10 mg

PPV : 70DH00

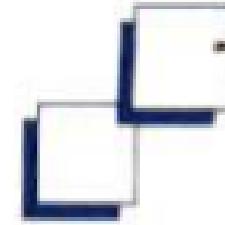
PER : 06/24

LOT : L1951



10 mg

28 Comprimés  
pelliculés



Voie orale

bottiglia

02. Atte des Cœuraines - Ain Seba - Casablanca

S. Bouchouchi - Pharmacie Responsable

**CIVASTINE**<sup>®</sup>

**20 mg**

Simvastatine

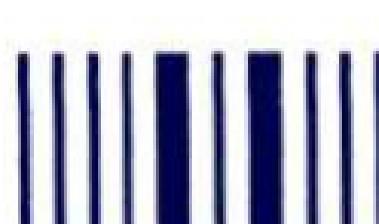
**30 Comprimés  
pelliculés**

bottU/R

82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

**b**



00000000000000000000000000000000