

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043614

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3523

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENNIS FARIDA

Date de naissance :

Adresse : Rés. Amal El Azhar Rue Ibnou Hazem

Apt. B 102 Maarif Extension Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 2663,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mme BENNIS Farida

Age : 69

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 : Casablanca

Le : 20 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE PRINCIPALE</b> <b>Mohamed SAÏD LEBBAR</b> <b>Pharmacien</b> Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884 NCSF : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306296	09/11/2022	2363,82

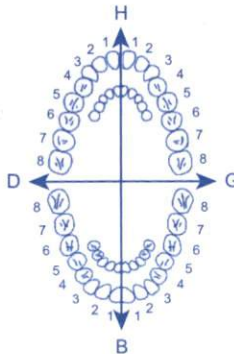
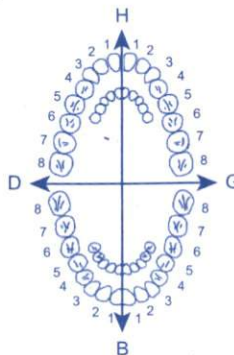
[illegible][illegible]

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

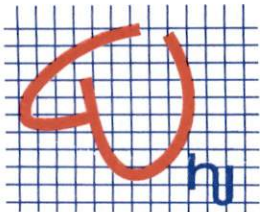
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Résidence Star Youness , Rue Oumaïma Sayeh, N°20, 2ème étage, Appt. N°6  
Boulevard Al Massira Al Khadra , Quartier Racine - Casablanca 20000

الطبيب حسن جمعي  
أمراض القلب و الشرايين

**Dr. Hassan JAMMI**  
**CARDIOLOGUE**

Diplômé de l'Université  
de Nice - Sophia Antipolis  
Ex. Assistant spécialiste  
des Hôpitaux de France

09 NOV. 2022

O. Benni faide

1716,00 Ex forte Her (6x 286,00)  
5/160/120  
1/4

**PHARMACIE PRINCIPALE**  
**Mohamed Saïd LEBBAR**  
Pharmacien  
Rond Point Mers Sultan 20000 Casablanca  
Tél : 05 22 22 11 10 - R.C. Casa : 149884  
CNSS : 1187641 - IF : 50905302 - Patente N° : 34306256  
ICE N° : 001897771000045  
INPE : 092049261

\* VIGNETTE

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

\* VIGNETTE

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

\* VIGNETTE

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

262,00 Nebilet (3x 87,50)  
1/4

283,00 Stilnox 10 (5x 56,60)  
1/29 ans au couch

102,00 Tauxmil 100 (2x 51,00)  
1/4 x 25

2363,00

Att 06 m/s

**Docteur Hassan JAMMI**  
**CARDIOLOGUE**

20, Rue Oumaïma SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casa  
Tél. 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35  
INP : 091080218  
ICE : 00169814800061

GSM : 06 61 14 94 22  
Tél : 05 22 39 31 01  
Fax : 05 22 36 79 35



LOT : 22E002  
PER : 01/2026

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E001  
PER : 01/2026

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E001  
PER : 01/2026

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E002  
PER : 01/2026

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



LOT : 22E002  
PER : 01/2026

STILNOX 10MG  
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6118001030989

EXFORGE HCT  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH



6118001030989

EXFORGE HCT  
5mg/160mg/12.5mg

28 comprimés pelliculés

PPV : 286.00 DH

 Tanganil® 500 mg

تأنجانیل® 500 ملغ

30 قرص - 30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001183340

 Tanganil® 500 mg

تأنجانیل® 500 ملغ

30 قرص - 30 comprimés

VTE : MA - PPV : 51DH00



6 118001183340

