

# 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.

M22- 0009270

149469

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : ALI BRAHIMI Mohamed

Date de naissance : 04/4/1964

Adresse : 47 HUSSEIN EL MAJALOUTI  
607 Thair CHSA

Tél : 0661241349 Total des frais engagés : 396,1004 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 : CHSA Le : 14/2/2023

Signature de l'adhérent(e) : Ali Braimi

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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.

# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/08/23	831,10
	14/08/23	165,00

# 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	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.  
 Le patient doit joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi qu'un bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page :1

FACTURE

*Handwritten signature in blue ink.*

N° FACTURE :838871  
Date : 14/02/2023

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Aprovel 300 mg, cp b 28  
P.P.V : 218,00 DH  
5 118001 080908

Client :

MR IBRAHIMI MOHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
APROVEL 300 MG / 28 CPS	1	218.00	218.00
CARDENSIEL 2.5 MG / 30 CPS	1	50.70	50.70
PLAVIX 75 MG / 28 CPS	1	316.00	316.00
FLUDEX LP 1.5 MG / 30 CPS	1	68.90	68.90
NOVONORM 1 MG / 90 CPS	1	177.50	177.50

NovoNorm®  
1mg  
90 comprimés  
PPV: 177 DH 50

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Plavix 75 mg, cp pel b 28  
P.P.V : 316,00 DH  
5 118001 081257

*Handwritten in red ink: 68,90*

*Handwritten signature in blue ink.*  
صيدلية الروداني  
PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija Ep MIKOU  
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 17

6 118001 100859  
Cardensiel® 2,5 mg  
Comprimés pelliculés sécables B/30  
PPV: 50,70 DHS

Total TTC = 831.10

Arrêtée La Présente Facture à La Somme De : HUIT CENT-TRENTE-UN DIRHAMS 10 CTS

Bon rétablissement

26, Bd Brahim Roudani, Casablanca. Tél.: 0522 27 12 24 0522 27 23 86 INPE: 092051044  
Patente: 35504561 CNSS:1125427 RC:176959 IF: 40303740 ICE:001638453000074

REMBOURSÉ  
par la  
MUTUELLE

# On·Call® Extra Blood Glucose Test Strips

50

**English**  
**Blood Glucose Test Strips**  
For testing glucose in whole blood using the  
On Call® Extra family of Blood Glucose  
meters.  
For self testing and professional use.  
Only for use outside the body.  
**Contents:**  
• 50 Test Strips  
• Package Insert

**Français**  
**Bandellettes pour test de glycémie**  
Pour l'analyse de glucose dans le sang total  
à l'aide de la famille de Glycémètres On  
Call® Extra.  
A usage individuel et professionnel.  
Uniquement pour usage en dehors du corps.  
**Contenu:**  
• 50 Bandellettes  
• Mode d'Emploi

**Русский**  
**Тест-полоски**  
Для измерения уровня содержания  
глюкозы в цельной крови с использованием  
глюкометров семейства On Call® Extra.  
Использовать  
только для использования вне тела.  
**Упаковка содержит:**  
• 50 Тест-полосок  
• Инструкция-вкладыш

الطريقة  
التي يمكن استخدامها  
للتحليل في الدم  
الكلية باستخدام  
أجهزة قياس السكر  
من عائلة On Call® Extra.  
استخدم فقط  
لغرض الاستخدام  
خارج الجسم.  
**محتويات:**  
• 50 شريط اختبار  
• دليل الاستخدام



**PHARMACIE ROUDANI**  
**Mme Mikou Lebbar Khadija**

Page :1


**FACTURE**

**N° FACTURE :838870**

**Date : 14/02/2023**

**Client :**

**MR IBRAHIMI MOHAMED**

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
BANDELETTES ON CALL EXTRA / 50	1	165.00	165.00
<p> <b>PHARMACIE ROUDANI</b> Mme <del>LEBBAR</del> Khadija Ep MIKOU 26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef Maârif - Casablanca Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24</p>			

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

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

Nom et prénom :

Matricule : 0750

N° CIN : B390739

Adresse : 47 Rue Mustapha EL Houfouly - Casablanca

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

### Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardiovasculaires  
25 Rue Kadioua Mouti - Casablanca  
Tél : 0522 22 23 36 00

Spécialité :

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardiovasculaires  
25 Rue Kadioua Mouti - Casablanca  
Tél : 0522 22 23 36 00

N° ICE :

N° INPE : 05102658

Certifie que Mlle, Mme, M. :

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 :

CCG

Dont ci-joint ordonnance :

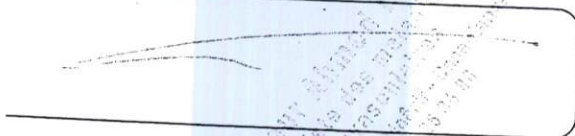
Traitement prescrit :

Cardio-vasculaire  
pneum  
phosph  
Ziglac  
Nimod  
Nobisone  
Sintec

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : le 09 / 12 / 2011

Signature et signature du médecin traitant :



La déclaration est renouvelable une fois

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