

# 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 Meilleurs utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 23621 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAJI ABDESSAADI

Date de naissance : 01/03/1952

Adresse : 123, Rés SÉKIFI, Rue Allal Ben Abdellah

Tél. : 06.61.36.88.70 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. KOUDDANE Abdelmajid**  
Généraliste  
Kasbat Al Amine 1, Imm 35, 1er Etag.  
Lissasfa - Casablanca  
Tél: 0522 65 57 72 - Gsm: 06 68 98 09 0  
Email: abjkouddane@gmail.com

Date de consultation : 14/04/2014

Nom et prénom du malade : NAJI ABDESSAADI Age : 71

Lien de parenté : ✓ Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Gastrite + HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....  
*Prise de médicaments*

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.

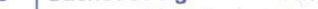
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

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
11/01/2014	V6		200 DM	 <b>Dr. KOUDDANE Abdellah</b> <b>Généraliste</b> Casabat Al Amine 1, Imm 35, 1er Etage Lissasfa - Casablanca tél: 0522 65 57 72 - Gsm: 06 68 98 09 02 Email: abjkoudadane@gmail.com

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE YOUSSEF ALI LOUALIA ABDELLATIF RUE ABOUAIWANIB BOURE CASABLANCA 75200</i>	11/01/2014	1209,10

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

**30 Comprimés pelliculés**

098  
JAN 2026  
148 DH 00

LOT : 103  
PER : MAI 2026  
REV : 148 DH 00

PPV: 168,20 DH  
LOT: 651614  
PER: 02/25

PPV: 168,20  
LOT: 651614  
PER: 02/25

PPY: 168,20 R  
LOT: 651614  
PER: 02/25

**Sanofi-Aventis Maroc**  
Sanofi-Aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1,  
Alin sebaa Casablanca  
Oroken 200 mg <sup>CP</sup> btl b 8  
**P.P.V:** 116,30 B.H

6DH90  
EXP 08/2026

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

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

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

PV 18DH30 EXP 07/2026  
LOT 36012 4



Docteur Abdelmajid Kouddane

Médecin Généraliste

Dr. KOUDDANE Abdelmajid  
Généraliste  
Kasbat Al Amine 1, Imm 35, 1er Etage  
Lissasta - Casablanca  
Tél: 0522 65 57 72 - GSM: 06 68 98 09 02  
Email: abjkouddane@gmail.com

Casablanca, le

11 - 01 - 2024

7<sup>e</sup> NAJIA BDÉSSAMA

118,00x3

1<sup>er</sup> Anginib 50 / 100 mg. (1/8)

168,20x3 1cp/j 3mij

2<sup>er</sup> Augmetin 1g. (1/8)

99,00 1 sachet (1/8) 15j  
39,00 39 doses 20

26,90 1 sel/j. Av reps-  
47 rte 100. (1/8)

18,30 1 cp/j. Zal  
57 Chypar 85g (1/8)

16,30 1ms 2cp/j 1mij  
67 orokan 200 (1/8)

1209,10

PHARMACIE LOUAILI ABDELLAH  
LOUAILI AL WAKT Bourgogne  
Rue Abou CASABLANCA  
Tél: 0522 36 97 44

Dr. KOUDDANE Abdelmajid  
Généraliste  
Kasbat Al Amine 1, Imm 35, 1er Etage  
Lissasta - Casablanca  
Tél: 0522 65 57 72 - GSM: 06 68 98 09 02  
Email: abjkouddane@gmail.com