

**PHARMACIE ADDIAR CASA**  
16/18 Rue Addiar el jadida  
Ain chock Casablanca  
Tel : 0522 507.519  
N° Patente 34025102



FACTURE n° 2004-22

Date 02-04-24

CLIENT: Ben abdel Krim.  
El filali . Samir .

INPE:092001510

PHARMACIE ADDIAR  
16-7 Rue 3 Addiar Al Jadid  
MinChock-Casa 022-50.75.19

Arrête la présente facture à la somme de: Sept-cent quarante deux francs  
quatre vingt six, centimes.

**PHARMACIE ADDIAR**  
16-1 Rue 3 Addiar Al Jadida  
WinChock-Casa-022-50.78.19

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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) *5418* Société :

Matricule : *5418* Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : *Ben Abdellah El Moustafa Sadiq*

Date de naissance : *15/06/60*

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : *90000* 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 : *304/24* Le : *3/04/24*

Signature de l'adhérent(s) : *Ben Abdellah El Moustafa Sadiq*

VOLET ADHÉRENT

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° ~~W19-558023~~

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 51 18 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDELKrim EL FILALI-SAMIR

Date de naissance : 15/6/1960

Adresse : YESSERIA MAPT 19 Jnane Capjanie

Tél. : 0669656563 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : La Casablanca Le : 3/4/24

Signature de l'adhérent(e) :

**VOLET ADHÉRENT**

Déclaration de maladie N° W19-558023

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : \_\_\_\_\_

Nom de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Total des frais engagés : \_\_\_\_\_

Date de dépôt : \_\_\_\_\_

### 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 : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ADDIAR 16-1 Rue 3 Addiar Attidjé UnChock-Cana-022-50.75.14	02.04.21	742,90

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**ODF PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

nation),  
/droxide  
hildren.

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
**Apidra 100U/ml inj b1 stv**  
**P.P.V : 98,40 DH**  
6 118001 081622



**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
**Lantus SoloStar 100U/ml inj b1 stv 3ml**  
**P.P.V : 152,50 DH**  
6 118001 081608

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
**Apidra 100U/ml inj b1 stv**  
**P.P.V : 98,40 DH**  
6 118001 081622



**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
**Apidra 100U/ml inj b1 stv**  
**P.P.V : 98,40 DH**  
6 118001 081622



**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
**Apidra 100U/ml inj b1 stv**  
**P.P.V : 98,40 DH**  
6 118001 081622



**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
**Apidra 100U/ml inj b1 stv**  
**P.P.V : 98,40 DH**  
6 118001 081622



6 API DRA 98,40  
LANTUS 152,50



**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
**Apidra 100U/ml inj b1 stv**  
**P.P.V : 98,40 DH**  
6 118001 081622