

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com  
Membre en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : SS2 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Cheradji

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661902718 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : A 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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : Cheradji Le : 09/09/2019

## **SOINS ET PROTHESES DENTAIRES**

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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													
				<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>												
				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>												
				<b>Début d'exécution</b>  <input type="text"/>												
				<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>												
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>		Détermination du coefficient masticatoire		<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>												
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center; padding-bottom: 10px;">D</td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle; padding-bottom: 10px;">H</td> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: middle; padding-bottom: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding-bottom: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding-bottom: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding-bottom: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding-bottom: 10px;">35533411</td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle; padding-bottom: 10px;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	D	H	G	00000000	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
D	H	G														
00000000	25533412	21433552														
00000000	00000000	00000000														
00000000	35533411	11433553														
				<b>Date du devis</b>  <input type="text"/>												
				<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>												
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

## VOLET ADHERENT

NOM : M.R. CHERRODIE

## DECLARATION N°

P 17 / 0062513

 MUPRAS  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Mle 5591

Cachet  
MUPRAS



P17 / 0062513

**DATE DE DEPOT**

P4 / 29 / 2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 559 P		
Nom & Prénom MR. CHERRADI Abdessouf		Signature de l'adhérent		
Fonction AGENT RAP	Phones Retraité			
Mail com AF				
MEDECIN	Prénom du patient CHERRADI Abdessouf			
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>		
Nature de la maladie	Age .....			
		Date 04/09/2019		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires		
Contrôle		gratuit		
PHARMACIE	Date 4/09/19			
Montant de la facture	636.00			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date .....		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologue  
5, Rue Med. Abdou - Casablanca  
Tél: 022-3834-34-34  
Mme H. EL ANADEL  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél: 02-38-54-98  
Pharmacie EL ANADEL  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
Tél: 02-38-54-98

CACHET

CACHET



# PHARMACIE EL ANADEL

3 bd abdellatif ben kaddour

pharmacien diplômé de l'université de CAEN  
HOMEOPATHIE-PHYTOTHERAPIE-HERBORISTE

R.C :

Patente:35600524

T.V.A :

Tél : 0522 36 54 38

Le 05/09/2019

**FACTURE N°486093**

N° ICE : 001620659000071

N° IF :

**MR CHERRADI ABDERRAHMANE**

Qté	Désignation	Prix Public de Vente PPV Unitaire	Total BRUT	Dont TVA	% Taux
2	TORVA CO 10MG 30U	84,60	169,20		
1	TANAKAN CO 40MG 30U	71,30	71,30		
1	AMLOR CO 5MG 28U	89,20	89,20		
5	ASPEGIC ST 100MG	21,80	109,00		
2	OEDES CO 20MG 28GELL	99,00	198,00		

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour  
TA 0522 36 54 38

**TOTAL T.T.C :**

**636,70**

Nbr Articles	TVA 7% Base :	Montant :	TVA 20% Base :	Montant
--------------	---------------	-----------	----------------	---------

Arrêté la présente facture à la somme de :  
Six Cent Trente Six Dirhams et 70 centimes.

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
Cardiologie adulte et pédiatrique  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5, rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA

Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89

Fax : 0522.22.62.97

Dom : 0522.79.85.32

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, Le 04/09/2019

CHERRADI Abderrahmane

99,50x2 1 - OEDES 20 mg : 1 LE SOIR X 3 MOIS

84,60x2 2 - TORVA 10 mg :  
1 PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET

71,30 3 - TANAKAN : 1 CP MATIN ET SOIR SANS ARRET  
POUR 3 MOIS

89,20 4 - AMLOR 5 mg : 1 CP PAR JOUR  
SANS ARRET LE MATIN

21,80x5 5 - ASPEGIC 100 mg :  
1 SACHET A MIDI TOUS LES JOURS



TRAITEMENT POUR 01 MOIS

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd Abdellatif Ben Kaddour  
Tél.: 022.30.54.38

636,70

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdouh - Casa  
Tél: 0522.29.81.55/59 - 0522.47.26.89

