

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1868

Société : R.A.M (11813)

Actif

Pensionné(e)

Autre : Ven. Ve

Nom & Prénom : EL OUAJJI Moustapha

Date de naissance : 05/03/1959

Adresse : IMAIF APP 0B Résidence el Wahda  
Bennechid

Tél. : 05 51 11085 40 Total des frais engagés : 904,3 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur AYOUBI Hassan  
Cardiologue  
80, Rue Ibn Rochd - Bennechid  
Tél. : 022.32.65.84  
Hor. de consultation 8h à 15 Heure

Date de consultation : 1/1/2010

Nom et prénom du malade : KARITOUS Moustapha Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Déshydratation

HTN

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

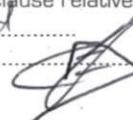
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

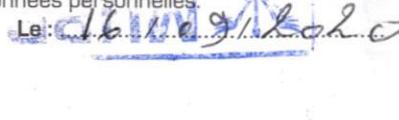
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Bennechid

Le : 01/01/2010

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                                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 16/09/2016      | Actes             | 150                   | 150000.00                       | Docteur AYOUB HASSAN<br>Cardiologue<br>Rue Ibn Rochd<br>Tel: 022.32.05.84<br>Heure 30 à 15 Heure |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <br><b>Pharmacie 2000</b><br><b>Docteur Kadir Zineddine</b><br><b>21000</b><br><b>bd Mohamed V BERRECHID</b><br><b>02.33.38.05</b><br><b>Telephone</b> | 16-09-20 | 654.30                |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

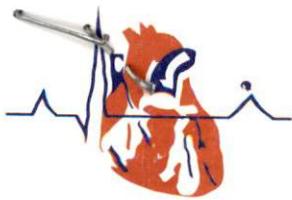
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتور حسن الأيوبي

Docteur AYOUBI HASSAN

أخصائي في أمراض القلب والشرايين وارتفاع الضغط  
والدورة الدموية - الفحص بالصدى والهولتير

Spécialiste des Maladies Cardio - Vasculaires  
Echodoppler Cardio - Vasculaire - Holter

INPE : 06 11 75 584 - 05 22 32 65 84

Pr 16/09 Re 80

Karim Najat

75,20  
x2

38,95 Calminh 10

SN

65,70  
x3

Ripper

SN

28,80  
x3

vitamin fort

SN

73,70 par 100

parcak

SN

35,70 19 et

Kaudelyc 160

SN

Sur Rendez-vous

654 300

HORAIRe : 8h00 - 14h00

VENDREDI : 8h00 - 12h00

DR AYOUBI HASSAN  
CARDIOLOGUE  
80 Rue Ibn Rochd  
Berrechid  
Tél : 05 22 32 65 84

زنقة ابن رشد - برشيد 80 - الهاتف : 05 22 32 65 84

80, Rue Ibn Rochd - Berrechid - Tél : 05 22 32 65 84

المستعجلات : 06 72 12 00 82

CALCINIB 10mg 14 comprimés



6 118000 050513

CALCINIB 10mg 28 comprimés



6 118000 050520

28

LOT : 067  
PER : MAR 2023  
PPV : 75 DH 20

CALCINIB 10mg 28 comprimés



6 118000 050520

Desylate a

LOT : 066  
PER : JAN 2023  
PPV : 75 DH 20

28 Com

65,70

0 6 1 7 2 0 0 6 2 3

PPV 6 5 D H 7 0

BIPROL® 10mg

30 Comprimés pelliculés  
sécables



6 118001 200825

65,70

0 6 1 7 2 0 0 6 2 3

PPV 6 5 D H 7 0

BIPROL® 10mg  
30 Comprimés pelliculés  
sécables



6 118001 200825

Extrait de rhubarbe Ch

LOT : 190154  
DU : 04/2022  
73000 DH

65,70

LOT : 201616  
PER : 11/2021

KARDEGIC 160MG  
SACHETS B30

PP.V : 35DH70



6 118001 081189

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

PPV 28,80

LOT

PER

28,80

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

COOPER PHARMA

PPV : 72,80 DH