

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Déclaration de Maladie

N° W19-534121

ND: 50252

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *1487* Société : *RAM RETRAITE RAM*

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : *MACHGHOL BALAH*

Date de naissance : *30.06.1950*

Adresse : *LOT AL ADARISA N° 126 LIDJMAAR*

Tél. : *CASABLANCA* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Itham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28

Date de consultation : *12/12/2020*

Nom et prénom du malade : *SABBAK MACHGHOL SABBAK* Age : *70*

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *coronary ischémie + HTA + diabète*

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 : *Casablanca* Le : *12.09.2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE de la PAPETERIE T. ACHELLE, Pharmacienne 115, rue de la Papeterie 9100 CORBEIL-ESSONNES	02/11/2020	(Fact. N° 164989) 61,87 €
	10/09/2020	2772,00

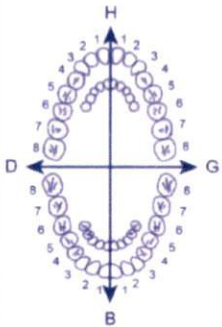
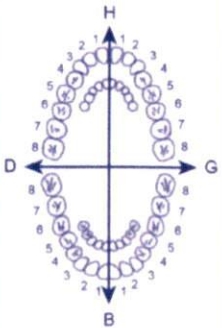
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☐ **valable 3 mois**

Le 10 / 03 / 20 10

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☐

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Dr. Ilham EL JAOUI
58 Rue Moussé ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28

Certifie que Mlle, Mme, M. :

SABBAR et MAUGROUC

Présente

Coelopathie ischémique + diabète + H.A.

Nécessitant un traitement d'une durée de :

long durée

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Dr. Ilham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussé ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28

site : www.mupras.com // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah. 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

Dr. Ilham EL JAÛUI
 Spécialiste en Cardio-vasculaire
 ECG, HOLTER, Epreuve d'effort
 Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوي إلهام
 اختصاصية في أمراض القلب و الشرايين
 استكشافات القلب و الاوعية الدموية
 التخطيط، فحص القلب بالصدى

Casablanca, le 10/09/2020

M^{re} SABBAR ep M^{re} EL JAÛUI
 Cardiologue

316.00 x 3

1/ Elavir 100g 1p le soir

35.70 x 4

2/ Kerdipin 100g 1p le soir

99.00 x 3

3/ LAMER 200g 1p le soir

84.80 x 2

4/ Ezer 200g 1p le soir

150.40 x 4

5/ Vastarel 300g 1p a 4

28.00 x 6

6/ Glucophage 1000g 1p a 4

44.70 x 2

7/ Diacore 60g 1p le soir

77.80

8/ Colchicine 1mg 1/2p le soir

92.60 x 3

9/ Shalim 1p le soir

Traitement 3 Mois



58, Rue Moussa Ibn Noussair, 1^{er} étage. 20060 Casablanca

الطابق الأول، الدار البيضاء

Tél.: 05 22 27 15 28/33

E-mail : eljaoui82@gmail.com

Dr. Ilham EL JAÛUI
 Cardiologue
 58, Rue Moussa Ibn Noussair 1^{er} Etage
 Casablanca - Tél: 05 22 27 15 28

2772,00

En cas d'urgence : 06 62 06 04 75

SE = DANGER
كاردينسيال

6 118001 100842
Cardensiel® 1,25 mg
Comprimés pelliculés B/30
PPV: 77,80 DH

44,70

44,70

150,40

150,40

150,40

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 20E014
PER: 11/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 20E014
PER: 11/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 20E014
PER: 11/2021

KARDEGIC 160MG
SACHETS B30
P.P.V: 35DH70
LOT: 19E007
PER: 04/2021

VASTAREL 35 mg

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
LOT: 081257

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
P.P.V: 92,60 DH
LOT: 020591

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
LOT: 081257

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
P.P.V: 92,60 DH
LOT: 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
P.P.V: 92,60 DH
LOT: 020591

2600

PPV: 84DH80
PER: 03/23
LOT: J683

PPV: 84DH80
PER: 06/23
LOT: J1902

LOT: 200130
UT AV: 01/2023
PPV: 99,00DH

LOT: 200175
UT AV: 01/2023
PPV: 99,00DH

LOT: 200379
UT AV: 02/2023
PPV: 99,00DH

PHARMACIE de la PAPERIE
D^r T.ACHELLE
115, rue de la Papeterie
91100 CORBEIL-ESSONNES
Tél. 01 64 96 08 40

Pharmacie de la Papeterie
Fact. Num.: 104989
Date Fact.: 02/11/2020
Date Ord.: 10/09/2020
Code Op.: 33
SABBAR Khadidja

QTEDESIGNATIONNCIPrix/UBaseSSHDTxSS
1PLAVIX CPR 75MG340093802220910,79 -1,02 0
300rdo: 149537Lot: DU003
1KARDEGIC PDR 16034009332473792,05 -1,02 0
MG SACH 30Lot: DM0533
1ATORVASTATINE 2034009301830524,36 -1,02 0
mg B/30 Cp pelliOrdo: 149538Lot: LC53612
1LOSART BIOGARAN34009389665273,75 -1,02 0
50mg Cpr pesé P1Ordo: 149539Lot: LC54140
1TRIMETAZIDINE 3534009379992059,90 - 0
MG BGR CPR LM 600rdo: 149540Lot: 664079
2METFORMINE 1000m34009397183302,06 -1,02 0
g B/30 BIOGARANDrdo: 149541Lot: MYC6529
1GLICLAZIDE 60MG34009275862312,92 -1,02 0
B/30CPR LM BIOGOrdo: 149542Lot: 3044463400927586231
1BISOPROL BGR 1,234009352954084,13 -1,02 0
5mg Cpr pelli P1qOrdo: 149543Lot: 600FEH
1IREXUM 20 MG 2834009355334326,28 -1,02 0
CPROrdo: 149544Lot: ZCZH
1Honor. dispens.0,31 - 0
HC
1Honor. dispens.0,51 - 0
HDR
1Honor. dispens.3,57 - 0
HDE

MONTANT TOTAL :61,87MONTANT AMD :0,00

MONTANT AMC :0,00MONTANT ASSURE :61,87

Ces montants s'entendent, ayant application, le cas échéant,
de la franchise prévue à l'article L. 322-2 du code de la
sécurité sociale et indiquée sur le relevé de prestations.

feuille de soins
pharmacien ou fournisseurArt. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

numéro de facture (facultatif)

104989

date J J M M A A A A 02112020

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

SABBAR Khadidja

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

date de naissance

J J M M A A A A

1

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

0000 MAROC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

DR ACHELLE TEVYDEN

10100008571

PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

PHARMACIE DE LA PAPETERIE

115 rue de la papeterie

91100 CORBEIL ESSONNES

912013034

ANNULE ET REMPLACE 104079

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom

MEDECIN ETRANGER

identifiant

raison sociale

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale

10092020

A A A A

date de l'accord préalable (le cas échéant)

J J M M A A A A

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "de"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c.lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400935295408		1	4,13	4,13	BISOPROL BGR 1,25mg Cp					
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400935533432		1	6,28	6,28	INEXIUM 20 MG 28CPR					
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
HC			1	0,31	0,31	Honor. dispens. HC					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					
HDE			1	3,57	3,57	Honor. dispens. HDE					

imprimer les codes à barres
coller les étiquettes de la liste
des produits et prestations
dans l'ordre de la prescription

facture acquittée

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

6 1 , 8 7

feuille 2/2

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

DR ACHELLE TEVYDEN

signature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom SABBAR Khadidja
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

date de naissance J J M M A A A A 1

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))
numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

0000 MAROC

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

DR ACHELLE TEVYDEN

PHARMACIE DE LA PAPETERIE
115 rue de la papeterie
91100 CORBEIL ESSONNES
912013034

10100008571

PHARMACIEN REMPLACANT

ANNULE ET REMPLACE 104079

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom MEDECIN ETRANGER

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 10092020 date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "§"
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

J J M M A A A A

AT/MP

numéro

ou

date

J J M M A A A A

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

Prest	CIP/Ref.LPP(ut)	Homeo Decon- c. lab dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin
PH7	3400938022209		1	10,79	10,79	PLAVIX CPR 75MG 30			U		
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400933247379		1	2,05	2,05	KARDEGIC PDR 160MG SAC					
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400930183052		1	4,36	4,36	ATORVASTATINE 20mg B/3					
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400938966527		1	3,75	3,75	LOSART BIOGARAN 50mg C					
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
PHN	3400937999205		1	9,90	9,90	TRIMETAZIDINE 35MG BGR					
PH7	3400939718330		2	2,06	4,12	METFORMINE 1000mg B/30					
HD7			2	1,02	2,04	Honor. dispens. HD7					
PH7	3400927586231		1	2,92	2,92	GLICLAZIDE 60MG B/30CP					

PAIEMENT

MONTANT TOTAL
en euros

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseur

signature de
l'assuré(e)

impossibilité
de signer

feuille 1/2

PHARMACIE de la PAPETERIE
DR ACHELLE TEVYDEN
115 rue de la papeterie
91100 CORBEIL-ESSONNES
912013034
Tél : 01 39 68 08 40

LOT 191912

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191912

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191912

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191912

EXP 12/2022

PPV 28.00DH

LOT 191912

EXP 12/2022

PPV 28.00DH